

610.5  
L392

VOL. 7

No 7

SEPTEMBRE 1942

SEP 22 42

# LAVAL MÉDICAL

---

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE  
DES  
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE QUÉBEC

---

Rédaction et Administration  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
UNIVERSITÉ LAVAL  
QUÉBEC

# CONSTIPATION

# VALDINE

## VALOR

---

Peut être considéré comme l'aide mécanique idéal. Ne crée pas d'accoutumance. Absorbe l'eau et passe par l'intestin comme une substance gélatineuse. Agit par sa puissance d'expansion et glisse facilement dans le tube digestif auquel il restitue son mouvement physiologique. Granulés aromatisés.

---

**USINES CHIMIQUES DU CANADA  
INC.**

**87 Station C - MONTRÉAL**

# LAVAL MÉDICAL

VOL. 7

N° 7

SEPTEMBRE 1942

## PROPOS HISTORIQUES

### LES DÉBUTS DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC <sup>(1)</sup>

par

Albert JOBIN

*Professeur émérite à l'Université Laval*

Mes chers confrères,

Pas besoin de vous dire que l'idée de commémorer le 45<sup>e</sup> anniversaire de la fondation de la Société médicale de Québec m'est particulièrement agréable. Franchement, cette fête du souvenir me console de vieillir.

Aussi votre présence en si grand nombre, votre accueil sympathique et vos aimables paroles, M. le président, me touchent profondément ; et je vous en remercie.

Maintenant que vous dirai-je ?

Le bonhomme La Fontaine a dit dans une de ses fables : « un lièvre en son gîte songeait ; car que faire en un gîte à moins que l'on ne songe ? » Eh bien ! je suis un peu dans le même cas. En effet, que faire dans la solitude de la vieillesse, à moins de songer aux choses du passé ?

(1) Conférence prononcée devant la Société médicale de Québec, le 8 avril 1942.

(2)

Alors, vous ne m'en voudrez pas, je l'espère, si je vous parle des origines de notre Société médicale... si j'évoque la mémoire de ses fondateurs... aujourd'hui disparus, mais pas tout entiers, puisque leurs œuvres survivent;... et si, enfin, je rappelle quelques-unes de leurs activités.

C'est de ces souvenirs que je vais vous causer quelques instants.

---

### 1826 - 1830

Mais auparavant, il faut vous dire que notre Société médicale n'est pas la première qui fut fondée dans notre ville. Il y en eut une autre en 1826. De l'étude documentaire qu'en a faite M. le docteur Charles-Auguste Gauthier, il ressort que celle-ci fut bilingue, à caractère plutôt anglais. Les règlements étaient rédigés en anglais seulement. Il ne faut pas s'en étonner. Les médecins de langue anglaise tenaient le haut pavé à Québec à tel point que lors de la fondation de l'Université Laval en 1852, les autorités du Séminaire eurent recours à quatre de leurs compatriotes pour compléter les cadres de la Faculté : les docteurs Morrin, Sewell, Jackson et Wells.

De cette étude, il ressort aussi que cette société n'a vécu que 4 ans, de 1826 à 1830. Après cette date, ce fut le grand silence. En effet, entre la mort de celle-ci, et la naissance de la nôtre, il s'est écoulé près de 70 ans. De sorte qu'on ne peut pas dire qu'il y ait eu filiation entre les deux, d'autant plus que la naissance de la nôtre fut l'effet d'un pur hasard. Vous allez voir.

---

### 1897

Pasteur venait de mourir, exactement en 1895. Il fut alors question d'élever à sa mémoire un monument à Paris, à l'érection duquel tous les médecins devaient contribuer. A cet effet, un avis public nous convoqua le 3 décembre 1896 à l'École de médecine. Le docteur L. Catellier présida cette réunion, fit souscrire les médecins présents et se chargea de voir les absents.



On allait se séparer, lorsque le benjamin de l'assemblée, le docteur Jules Dorion — il n'avait que 25 ans — suggéra de profiter de l'occasion pour fonder une société médicale.

Le projet fut agréé. Séance tenante, un comité provisoire fut formé avec mission de faire rapport le plus tôt possible.

Les choses marchèrent rondement. En effet, un mois après, ce comité convoquait les médecins de Québec, proposait les officiers de la société, en formait les cadres, et faisait même adopter les règlements rédigés à l'avance. La Société médicale de Québec était fondée le 14 janvier 1897.

Son premier président fut le docteur Midras Ahern. Je me rappelle encore son petit discours d'inauguration. Oh ! il ne fut pas encourageant ! Il acceptait volontiers la présidence, mais plutôt pour nous montrer sa bonne volonté. Car il ne croyait pas à la réussite de l'entreprise. Il en avait tant vu dans le passé des tentatives de ce genre, mais sans lendemain. « L'enthousiasme du début est facile, nous disait-il, mais la persévérance est rare. »

Cette douche d'eau froide, de nature à nous décourager, produisit un effet plutôt stimulant. En effet, les parrains de ce nouveau-né déposèrent dans son berceau en guise de cadeau de joyeux événement, leur ferme détermination de veiller sur la croissance de leur filleul. Et, ils tinrent parole.

Permettez-moi de vous présenter ces ouvriers de la première heure.

---

#### AHERN :

A tout seigneur, tout honneur. Commençons par le président.

Petit de taille, peu soigneux de sa personne, — du moins au début de sa pratique — portant un feutre mou, tout bossué, à la façon des Irlandais du Cap-Blanc — Ahern n'était pas précisément une carte de mode, comme son collègue le docteur Charles-Eusèbe Lemieux. Ce qui ne l'empêchait pas d'être le chirurgien le plus recherché de son temps. On dit même qu'il fut le premier, au Canada, à faire l'ablation d'un rein.

Mais ce qui est certain, et ce fut son grand mérite, c'est d'avoir inauguré à Québec, vers 1895, la méthode antiseptique dans les procédés

opératoires. Oh ! ce ne fut pas du goût de tous ses collègues — l'unanimité d'opinion est un oiseau rare dans notre docte faculté. N'importe, Ahern n'en continua pas moins son chemin et il finit par s'imposer. Quatre ou cinq ans après, il adoptait la méthode aseptique.

Cet homme de valeur resta quatre ans à la présidence de la Société médicale, un peu pour faire oublier son pronostic défavorable, mais surtout pour prêcher d'exemple. Et il réussit. Les séances d'études furent régulières, et suivies par un nombre de plus en plus grand de fidèles. C'était un début prometteur.

#### **BROCHU :**

Suivant l'ordre de la séniorité parlons du docteur Brochu.

Au début de sa carrière professorale, il nous enseignait l'hygiène — la matière préférée des élèves ! Se fiant à sa mémoire, il montait dans sa chaire, sans aucune note. Alors, donnant libre cours à son érudition, il parlait d'abondance. Et nous, pauvres carabins, nous nous torturions les méninges pour mettre de l'ordre dans nos notes. D'ailleurs cela n'avait pas d'importance. Lors des examens oraux, l'élève restait-il coi, Brochu s'empressait de venir à son secours, et lui mettait une bonne note. Pas besoin de vous dire que nous le trouvions « chic ».

Puits de science médicale, Brochu fut promu à la chaire de pathologie interne, aux cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, et à la surintendance de l'Hôpital Saint-Michel-Archange.

De plus, cet érudit était doublé d'un homme d'action. C'est lui, vous vous en souvenez, qui, en 1902, fut le promoteur de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du nord. Et n'y eut-il que la tenue régulière des congrès de cette association, et cela depuis 40 ans, que c'en serait assez pour faire vivre sa mémoire encore quelque temps.

#### **CATELLIER :**

Sans autre forme de transition, je vous dirai que, dans l'esprit des gens de ma génération, le docteur Laurent Catellier restera le type accompli du professeur et du médecin municipal.

Professeur de pathologie externe, il enseignait sa matière avec une bonhomie et un sens pratique tel que, au sortir de ses leçons, on avait appris quelque chose. Au surplus, il donnait des cliniques à l'Hôpital de la Marine, où les étudiants allaient se faire l'œil avec les « avaries » arrivées aux matelots non pas sur mer, mais sur terre dans leur commerce avec les humains. L'occasion nous était aussi donnée de voir des maladies contagieuses exotiques, telles que le choléra, le typhus. Ce n'était pas banal. Avec ça que Catellier était une autorité en ces matières.

Dans le domaine municipal, le passage de Catellier fut une bénédiction pour ses concitoyens de Québec. Au point de vue de l'hygiène, il a réalisé un progrès énorme.

Il y a une cinquantaine d'années la fièvre typhoïde sévissait à Québec, à l'année longue, à tel point que le Conseil provincial d'Hygiène démit, de sa propre autorité, le médecin municipal en titre, et demanda avec instance au docteur Catellier de prendre cette charge. A la fin, celui-ci accepta. Sans perdre de temps, il entreprit de débarrasser la ville de cette peste. Je vous ferai grâce des règlements qu'il fit adopter et appliquer à cette fin, mais je puis vous assurer qu'il y réussit en peu d'années. Depuis ce temps, notre eau d'alimentation, — remarquez bien ce que je vais vous dire —, n'a jamais été réellement incriminée comme source de contagion, au sujet de cette maladie. Ce fut son œuvre, et son grand mérite.

Chose curieuse, les gazettes n'ont jamais fait mention de ce service. C'est que Catellier, homme de valeur, était ennemi de toute réclame, et remplissait son devoir sans bruit.

#### VERGE :

Un autre fondateur de notre Société médicale fut le docteur Charles Verge, décédé récemment à Londres, où, depuis plus de trente ans, il représentait la province de Québec. J'en parle parce qu'il fut le premier, à Québec, à faire de l'électrothérapie.

#### VALLÉE :

Le docteur Vallée était le père de l'ancien secrétaire de la Faculté. Surintendant de l'Asile de Beauport, il était aussi professeur d'obstétrique.

Et quel professeur ! Il suffisait de l'écouter pour apprendre sa matière. Toujours préparé, il était clair, précis et parlait un français impeccable. Car il était un fin lettré, et un esprit cultivé. C'était l'ornement de la Faculté. Je me rappelle encore les trois conférences qu'il donnait sur Pasteur, peu de temps après la mort de celui-ci. Ce fut un événement. Tout Québec instruit fut émerveillé de connaître ce grand serviteur de l'humanité et de la vérité.

Aussi dans nos réunions de confrères, y avait-il un boniment à faire, c'est toujours Vallée qu'on mettait de l'avant ; et il ne se faisait pas prier. Le cher homme était toujours pris à l'improviste, mais jamais au dépourvu. Il nous faisait, tout uniment, un bijou de discours. Détail assez piquant, son fils Arthur a retrouvé dans ses cartons, les manuscrits de ses improvisations.

#### SIMARD :

La plupart d'entre vous ont été les élèves d'Arthur Simard. C'était un professeur épatant. Doué d'une mémoire infailible, il donnait sa leçon avec une faconde et un brio qui intéressaient ses élèves. L'appariteur n'était pas obligé de prendre les présences.

Il intéressait également ses confrères. Il me semble le voir encore, dans la chambre des médecins à l'Hôtel-Dieu, assis au milieu du sofa, un gros cigare à la bouche — à la Churchill — la cigarette n'était pas encore à la mode, — il nous éblouissait alors par le récit d'une nouvelle intéressante qu'il venait justement de lire dans la *Revue des Deux Mondes*.

#### FORTIER :

Le docteur René Fortier fut le père de la médecine infantile à Québec. Il a formé plusieurs générations de bons médecins d'enfants. En honnête homme qu'il était, il avait su faire deux parts de sa vie, l'une qu'il donnait à la pratique de la profession, l'autre au bien public. Il a été fondateur des Gouttes de Lait à Québec.

---

Les autres fondateurs de la Société médicale n'étaient alors que de menus fretins, mais qui devinrent dans la suite d'assez gros poissons : tels que les docteurs Brophy, de Sainte-Foy, J.-P. Boulet, Rosaire Paquin, P.-V. Faucher, du faubourg Saint-Jean-Baptiste. Tous furent

gouverneurs du Collège des médecins. Paquin et Faucher devinrent professeurs.

Enfin trois cadets de ce groupe de militants : Mathieu, Dorion et votre humble serviteur, on nous appelait « le trio de Saint-Roch ».

#### DORION :

A propos de Dorion il est bon de s'arrêter un instant et de signaler son geste qui tranche de l'ordinaire. Un jour, après quatorze ans de pratique, et possédant déjà une belle clientèle qui lui assurait son avenir, — avec l'espoir de monter plus haut, un jour — Dorion abandonne l'exercice de la médecine pour se consacrer au journalisme catholique. L'action sociale catholique venait justement d'être fondée en 1907.

Remarquons en passant que Dorion quittait le certain pour l'incertain. Ce geste d'abnégation et d'apostolat méritait une mention spéciale.

#### ŒUVRES

Telle est la liste, que je crois complète, des fondateurs de la Société médicale. Non contents d'avoir fait cette œuvre, ces pionniers l'ont doté d'un organe de publicité. Le *Bulletin médical* fut, en effet, incorporé le 23 juillet 1899. Et pendant trente-cinq ans, ce périodique — la fille aînée de notre Société médicale — a vécu la même vie que sa mère, en portant, aux quatre coins de la province, la bonne nouvelle québécoise.

Voici maintenant les autres œuvres, dont notre Société médicale fut l'âme inspiratrice.

En 1900, elle organisait une convention des médecins du district ; cent cinquante répondirent à son appel, siégèrent pendant trois jours et clôturèrent les séances d'étude par un banquet au Château Frontenac.

Et comme la table est l'entremetteuse de l'amitié, il s'est établi, après ce congrès régional, la tradition des banquets annuels de la Société médicale. L'on s'y amusait ferme... L'on ne vivait pas que de science.

Ce premier succès nous donna l'idée d'entreprendre plus grand. En 1902, la Société médicale lança l'idée d'unir dans un grand congrès, les médecins de Langue française de l'Amérique du Nord. Un énorme succès couronna l'entreprise. En 1908, c'est sous les auspices de notre Société que furent formés les cadres de la Ligue antituberculeuse. En

1910, cette Ligue tint une exposition, au cours de laquelle des conférenciers intéressèrent, pendant trois jours, le public québécois. Enfin en 1911, fut fondé le Dispensaire antituberculeux.

Telles sont les œuvres au crédit de la Société médicale de Québec.

### CONCLUSION

Mon dernier mot sera un peu comme un chant du cygne.

Pour un vétéran de l'existence comme moi, l'âge des rêves est passé. Nos espoirs sont en vous, Messieurs les jeunes, pour continuer l'œuvre de vos devanciers. Aussi avec toute la conviction de mon âme, je vous dirai : « Faites tout pour que notre Société médicale vive. Elle n'a pas démérité, au contraire. De plus, elle est le centre de ralliement de la famille médicale de Québec. Et pour cela, que vous faut-il ? ... »

D'abord un président actif, comme vous en avez un présentement, c'est l'âme, c'est la cheville ouvrière d'une société. Ensuite des collaborateurs. Et ici, le fais particulièrement appel à ceux qui n'auraient pas encore bravé la gêne de la tribune. Et je leur dis : Allez-y bravement. C'est le premier pas qui coûte. Le succès réussit aux audacieux. Ensuite, n'attendez pas d'avoir un chef-d'œuvre pour vous présenter. Vous courez le risque de vous faire attendre.

Dernier conseil, ayez la passion d'être utile, et j'ajouterai ... plus utile qu'épatant. Et avec cet état d'esprit, quel est celui d'entre vous qui n'a pas, dans son arsenal, un secret thérapeutique qui lui réussit ? ... Ou bien un procédé d'examen efficace qu'on ne trouve pas dans les bouquins ? ... ou encore une observation si modeste fut-elle, qui ne projette un peu de lumière sur les nombreux « X » qui restent encore à résoudre ? ... Allons, faites-en part à vos confrères. Vos petites découvertes serviront de marche-pied aux autres. Et ainsi, chacun apportera sa petite pierre. Et avec le temps, vos brouettes de petits cailloux, bien posés et bien tassés, finiront par faire une belle route. Et arrivé au soir de votre vie, vous pourrez vous rendre le témoignage d'avoir suivi le conseil de Pasteur, en disant : « J'ai fait ce que j'ai pu. »

---



# MÉMOIRES ORIGINAUX

---

## A PROPOS DE CANCER <sup>(1)</sup>

par

Joachim JOBIN

*Assistant à l'Hôtel-Dieu*

---

C'est un autre plaidoyer en faveur de la collaboration clinique que je viens faire ici. Ce n'est pas tant pour vous convaincre de son importance, c'est déjà fait, que pour essayer de vous intéresser à deux cas qui m'ont paru dignes de retenir quelque temps notre attention.

A deux ans d'intervalle près, il m'a été donné de rencontrer, en clientèle, deux malades présentant à première vue un aspect clinique, et, surtout, une image radiologique de cancer d'estomac. Or, chez ces deux malades, l'évolution prouva que cette première impression était fausse. Permettez-moi donc, d'abord, de vous les présenter pour ensuite discuter avec vous de la pathogénie de ces fausses images radiologiques, et de l'importance relative de certains symptômes du cancer d'estomac.

Monsieur Émile G., de la banlieue de Québec, âgé de 40 ans, que je vois pour la première fois le 23 novembre 1941, présente un syndrome d'hémorragie interne. Comme antécédents personnels, l'anamnèse ne révèle rien de spécial. (Il n'a jamais souffert de sa digestion.) Sa

---

(1) Travail présenté devant la Société médicale de Québec, le 8 avril 1942.

maladie actuelle, me raconte-t-il, a débuté assez subitement, il y a 8 jours, par des nausées, des vomissements alimentaires, et quelques vagues douleurs épigastriques à peine dignes de mention. Le malade se sent affaibli à la suite de ce début, il est obligé de garder le lit, son teint devient pâle, jaune-paille même. Il croit alors faire de l'ictère et prend du calomel pendant quelques jours. Les choses ne s'arrangent pas à son goût, et c'est alors qu'il décide de consulter un médecin. A l'interrogatoire systématique de tous les organes, on ne découvre rien si ce n'est que depuis le début de ses troubles digestifs, il a des selles noires, et il en avait même 8 jours avant d'avoir des vomissements. Il est pâle, ne fait pas de température, son pouls est faible, mou, aux environs de 90. On décide donc de l'amener à l'hôpital où il entre le lendemain, soit le 24 novembre 1941. Et il continue à saigner dans la partie supérieure de son tube digestif durant encore 15 jours, donc pendant tout un mois si on compte à partir du début de ses troubles. La réaction de Weber dans les selles est très fortement positive durant tout ce temps. A l'épigastre, on sent une petite masse douloureuse à la palpation. J'ajouterai immédiatement que, durant toute la maladie, l'élément douleur ne compte pratiquement pas ; aucune douleur spontanée vraie, ce qui semble assez paradoxal si on considère l'étendue de la lésion constatée aux Rayons X. Le patient est dans une extrême faiblesse, je dirai même dans un état syncopal. En effet, une tentative d'examen radiologique les premiers jours, nous le ramena inconscient. Son anémie est aux environs de un million. Un traitement empirique, mais logique, vous l'avouerez, est institué avec grand repos, vessie de glace à l'épigastre, ingestion de pectine de pomme toutes les deux heures, et une injection quotidienne d'histidine. Et nous attendons. Le 12 décembre 1941, soit 18 jours après son entrée à l'hôpital, son état général s'étant amélioré progressivement, le melaena étant presque disparu, et le malade se sentant suffisamment fort, nous le retournons à la radiologie pour un transit. Cet examen (voir figure I) dénote une rigidité constante de la petite courbure avec, sur la grande courbure, une encoche persistante. Le duodénum, également, est déformé et présente une corne suspecte, comme vous pouvez le constater vous-mêmes. En résumé, nous avons affaire à un homme de 40 ans qui, n'ayant jamais présenté d'épisodes aigus de son

estomac, saigne largement, abondamment, et durant une longue période, malgré un traitement approprié. De plus, l'image radiologique d'une lésion étendue, d'une large infiltration de la paroi gastrique en impose, il nous semble, pour le diagnostic de néo de l'estomac. Après consultation, on décide l'intervention chirurgicale pour le 20 décembre 1941.

Un contrôle radiologique, je dirais de complaisance, à la demande de la famille (qui priait pour obtenir un miracle) est fait le 19 décembre



Figure I

1941, (voir figure II) soit la veille même de l'intervention proposée, et nous fait opter pour l'expectative armée. En effet, notre image lacunaire s'est modifiée dans le sens de l'amélioration comme vous pouvez le constater sur cette nouvelle radiographie. Une gastroscopie faite par le Dr J.-P. Dugal, le 23 décembre 1941, donne le résultat suivant : Spasme prolongé au niveau du tiers inférieur de l'estomac. Angle gastrique très

aigu. Ces deux conditions rendent l'examen difficile et empêchent de tirer une conclusion. Toutefois l'impression gastroscopique est qu'il n'y a pas de lésions stomacales par perte de substance.

Trois semaines plus tard, soit le 12 janvier 1942, nouvelle série radiologique (voir figure III) qui nous fait voir un estomac et un duo-



Figure II

dénum absolument normaux. Une seconde gastroscopie, le 28 janvier 1942, donne la lecture suivante : « même spasme que lors du premier examen ». L'exploration gastroscopique de l'estomac est négative. Une partie minime de la petite courbure prépylorique ne peut être examinée à fond mais donne tout de même l'impression d'être normale. Un examen coprologique fait, le même jour (par les réactions de Boas et Kastle-

Meyer), dénote des traces de sang. Ce même examen répété les 30 janvier et 6 février 1942 est devenu négatif. Le Bordet-Wassermann dans le sang est négatif. Le traitement a consisté en deux séries complètes d'histidine, l'encoche persistante des radiographies nous ayant orientés vers l'idée de l'ulcus si l'on met de côté le diagnostic de néo de l'estomac.



Figure III

L'état général de notre patient s'est amélioré. L'anémie, par un traitement approprié, est disparue. Il a repris son travail, il mange et digère bien. Son régime est complet et généreux. Il a repris son poids normal et ses habitudes.

Devant l'intérêt de ce cas, il m'est venu à l'idée de retracer, à vos intentions, un patient dont l'histoire ressemble assez à la première sous

plusieurs aspects. Cette histoire est celle d'un homme de 75 ans, Monsieur Louis T., qui, le 8 septembre 1939, entre à l'hôpital pour un syndrome d'occlusion intestinale (aiguë). Dans ses antécédents personnels on ne relève que de légers troubles digestifs que, d'ordinaire, on classait sous l'étiquette d'insuffisance hépatique moyenne. Il ne fait aucun excès digne de mention, sauf à table, et il reste encore, si on se souvient



Figure IV

de la boutade de notre regretté Dr Mayrand, dans la 3<sup>e</sup> catégorie des syphilitiques, à savoir, de ceux qui l'auront. La maladie actuelle a eu son prologue environ trois semaines avant l'entrée à l'hôpital, par un syndrome douloureux de l'hypocondre droit, à début brusque, obligeant le malade à se courber en deux sous la force de la douleur ; la douleur irradie dans le flanc droit, le malade a des nausées puis des vomissements



alimentaires, des frissons et un clocher de température à 102°. A l'examen, on sent, à l'hypocondre droit, une masse douloureuse avec empatement, défense musculaire.

La défense va en diminuant durant une semaine, avec la chute en lysis de la température. Le diagnostic probable auquel nous nous sommes arrêtés alors était celui d'une cholécystite aiguë. Les choses s'arrangent donc et le patient se sent mieux pour environ 8 jours. Il accuse cependant un affaiblissement inaccoutumé, il perd du poids, son teint jaunit.

Sept jours avant d'entrer à l'hôpital, débute le drame qui nécessite son admission dans un Service de chirurgie pour occlusion intestinale aiguë. Durant ces 7 jours la température, se maintient entre 101° et 103°, il a des nausées, des vomissements, des douleurs irradiant cette fois vers l'épigastre ; à l'examen, on peut sentir, à l'hypocondre droit et gagnant le creux épigastrique, une masse très douloureuse à la palpation. Il y a de la défense musculaire. Le malade est obligé de tenir ses genoux fléchis au moment des paroxysmes. Le pouls est mauvais, irrégulier. La langue devient sèche. Une azotémie, faite le 13 septembre 1939 est de 0 gr. 80. Le malade, en raison de son grand âge et du mauvais état de son système cardio-rénal, ne peut subir, sans danger, l'intervention proposée après consultation avec un chirurgien. Il nous reste l'expectative avec les stimulants généraux et cardiaques, les sérums, la Solu-septazine, etc. Contre tout espoir l'iléus disparaît et, petit à petit, les choses s'arrangent à ce point que, 15 jours après son entrée à l'hôpital, on peut le diriger au département de radiologie pour un transit dont la lecture, comme vous pouvez le constater vous-mêmes sur cette radiographie (voir figure IV), est celle d'une image lacunaire de la région antrale, enfin un cliché radiologique faisant penser tout probablement en regard des autres signes cliniques, à un gros néo de l'estomac... Et nous attendions l'évolution fatale... Le malade avait réglé ses affaires tant spirituelles que temporelles. Dans les circonstances, il s'était même montré généreux avant de mourir. A ses visiteurs et héritiers légitimes il avait déjà légué son chapelet, sa pipe, son livre de messe et sa montre ; mais voilà que le temps passe et que l'amélioration se continue. Il reprend une diète de plus en plus généreuse. Il se lève, s'impatiente

contre la mort qui ne vient pas alors qu'il était si bien préparé. Ce qui l'ennuie le plus, c'est d'avoir à redemander à ses héritiers et sa montre pour voir venir l'heure fatale et son chapelet pour prier pour le repos de son âme.

Et aujourd'hui, ce 8 avril 1942, donc deux ans et demi après cet incident supposé fatal, il circule toujours, travaille même pour le Gouver-



Figure V

nement, mange et digère comme père et mère. Enfin, il est bel et bien vivant. Il a pris du poids, du teint et les conserve. Je dois dire pour être honnête, qu'à deux ou trois reprises, durant la convalescence il a refait de petits accidents douloureux de l'hypocondre droit, fugaces souvenirs de son ancienne épopée, mais la masse que l'on avait sentie au

début, durant plus d'un mois, disparut progressivement et je pourrais dire complètement.

En effet, il y a quelques semaines, soit le 25 février 1942, le patient a bien voulu prêter une généreuse collaboration à la séance de ce soir, en venant subir un contrôle radiologique à vos intentions, puisqu'il ne présente actuellement aucun trouble, et voici l'image qu'on en a tirée (voir figure V). Le rapport est laconique : « estomac et duodénum radiologiquement normaux ».

Que faut-il retenir de ces deux observations ? D'abord que l'on peut avoir de fausses images de cancer de l'estomac ; ensuite, qu'une seule radiographie, si classique soit-elle, ne doit pas en imposer pour le diagnostic.

Quelle sont donc les causes de ces fausses images de cancer d'estomac ? Il y aurait lieu d'abord d'éliminer la syphilis : chez nos deux malades, le Bordet-Wassermann fut trouvé négatif dans le sang. Le diagnostic doit se faire également avec les gastrites, les tumeurs bénignes, les déformations gastriques par compression externe ou lésion du voisinage surtout avec ces réactions inflammatoires du péritoine d'origines multiples, comme pour notre second cas où il s'agissait très probablement de cholécystite avec importante réaction de péri-cholécystite. Il y aurait aussi à discuter des malformations congénitales ou des cicatrices par brûlures, etc. Mais je crois que le plus intéressant et le plus difficile des diagnostics différentiels à faire est celui qui existe entre le néo et l'ulcère, comme pour notre première observation très probablement.

C'est René-A. Gutman qui nous fournit le plus d'éléments pour ce diagnostic. Dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, à la séance du 10 juin 1936, il disait entr'autres choses : « Les manifestations radiologiques de l'ulcère sont parallèles aux manifestations cliniques. Dès que la poussée commence, les signes radiologiques sont constitués. Ils durent autant qu'elle, et, en général, disparaissent après elle. Une niche considérable peut apparaître en quelques jours et disparaître de même, en quelques jours. Ces faits seraient incompréhensibles si l'on n'admettait que la niche n'est constituée que par une ulcération creusée dans le paroi gastrique. En réalité, l'ulcération elle-même n'est qu'une partie de la niche ; des berges d'inflammation, d'œdème en augmentent

la profondeur apparente, et souvent un spasme circulaire de la paroi gastrique vient ajouter encore à cette profondeur. La disparition de la niche n'est pas forcément en rapport avec la disparition complète de la lésion elle-même, mais avec sa « mise à plat ». Après une gastro-entérostomie, il est important de suivre, chez les opérés, la disparition rassurante de l'image lésionnelle. Cette labilité des signes radiologiques est un caractère éminent de l'ulcère authentique non transformé ». De très nombreux exemples ont montré qu'il fallait considérer comme suspecte une niche qui ne disparaît pas, dans un temps raisonnable, par un traitement approprié.

*A fortiori*, une niche qui augmente, que le malade souffre ou non, est toujours à surveiller de près, et l'expérience a prouvé qu'il s'agissait alors soit d'un ulcère cancérisé soit d'un cancer ulcérimforme.

En résumé, le diagnostic de la présence d'une lésion se fait sur la première série de clichés, mais c'est sur l'étude des évolutions clinique et radiologique que se fait le diagnostic de la nature de la lésion et son pronostic.

Gutman, Sénèque, Bertrand et Beauregard, à la séance du 16 mai 1937, de la Société médicale des Hôpitaux de Paris rapportent un cas de cancer ulcérimforme de l'estomac au début, avec une image encadrée ayant à son centre une petite niche de la grosseur d'un grain de riz. Ils entendent par image encadrée, une dépression de la paroi gastrique limitée par deux talus rigides. Et ils concluent: « la clinique nous permettrait à peine de penser à autre chose qu'à un petit ulcère sans gravité et facilement curable. Et pourtant l'interprétation des clichés *avec persistance de la même image*, après traitement, nous autorise à dire que ce malade paraissant guéri, a très probablement un cancer de l'estomac au début et nous permet de le faire opérer avec les plus grandes chances de succès, car le cancer est sûrement localisé.

Lewis Gregory Cole, dans l'*American Journal of Surgery*, traitant des relations qui doivent exister entre la clinique et la radiologie insiste sur l'importance de la scopie et, plus encore, sur celle des clichés en séries fréquentes pour le diagnostic précoce du cancer d'estomac. Il a remarqué que la sous-muqueuse, infiltrée par le néo à son début, gêne les mouve-

ments péristaltiques de l'estomac, il y a une raideur de la région suspecte, et même pour une région assez éloignée de la région affectée. C'est un signe qu'il faut trouver *in vivo* car il relève de la *muscularis mucosæ*, et l'on comprend facilement qu'il n'ait plus aucune valeur à l'autopsie ni à l'opération. Par ailleurs, il a constaté que les plus grandes chances de succès opératoires étaient du côté de ces larges cancers champignons du corps même de l'estomac plutôt que de ceux plus petits, mais de type infiltrant (le pylore).

Chaque fois que le clinicien soupçonne un néo de l'estomac, il demandera au radiologiste de rechercher :

- 1° le site de la tumeur ;
- 2° le degré d'obstruction du pylore par celle-ci ;
- 3° l'étendue de son infiltration ;
- 4° la protusion de la tumeur et ses caractères.

Quels sont les principaux autres faits d'observation que les chercheurs ont pu récolter jusqu'à date sur le cancer d'estomac ? Voici quelques principes de directive clinique recueillis ici et là dans la littérature ; je vous prie à l'avance d'en excuser le décousu :

Une lésion néoplasique de l'estomac, reste habituellement cantonnée à l'estomac sans jamais traverser le pylore. Elle reste dans les limites anatomiques de la *muscularis mucosæ* et de la sous-muqueuse de l'estomac qu'elle envahit presque toujours.

Au contraire, une lésion inflammatoire bénigne, peut franchir le pylore dans les 2 sens.

A propos de niches, il faut savoir que les bords sont habituellement beaucoup plus nets dans l'ulcère que dans le néo.

Un cancer se présente parfois sous la forme d'une simple raideur de la paroi gastrique avec encoche de la paroi opposée.

McCarthy est d'avis que l'on ne doit considérer un cancer à son début que s'il a moins de un demi centimètre de diamètre.

De plus, il est généralement admis aujourd'hui, d'après les constatations anatomo-pathologiques, qu'un ulcère d'estomac peut se transformer en cancer, mais rarement en ulcère du duodénum.

On a remarqué également que presque toutes les lésions de la grande courbure sont cancéreuses.

Une diminution de la grandeur de l'estomac devra nous faire songer à la linite plastique.

Est également à retenir le signe du halo de Kirklin, par lequel la niche d'un carcinome s'entoure d'un halo blanc lorsque, en chambre noire, on fait une pression sur la grande courbure.

Il y a aussi l'absence des plis de la muqueuse, après ingestion d'un peu de baryum avec la technique de la compression digitale.

Enfin, une niche qui guérit sans ses plis de muqueuse doit toujours être surveillée.

On a beaucoup discuté sur la différence qui doit être faite entre les polypes cancéreux et les polypes bénins qui se développent sur un estomac en état de gastrite chronique ou dans l'anémie pernicieuse ; mais la majorité des auteurs s'entendent sur la question du traitement à faire : c'est la résection hâtive, car la transformation maligne est habituelle dans la plupart des cas.

La clinique, à elle seule, ne nous fournit pas de signes pathognomoniques, mais uniquement des signes suggestifs. A ce sujet les Drs Dugal et Jobin, dans le *Laval Médical* de mars 1940, nous demandent de bien retenir qu'il y a une phase de latence assez longue entre le début réel et le début apparent de l'affection, surtout quand celle-ci siège loin des orifices. Ils considèrent, avec Konjelsny et bien d'autres, que le cancer se développe sur des lésions préalables de la muqueuse gastrique (ulcère ou gastrite) : ce sont des gens à passé digestif.

Le Dr Dugal nous parle ensuite de la gastroscopie et de ce qu'on doit en attendre. Il est bien entendu qu'il faut une certaine expérience pour reconnaître des « arrêts de péristaltisme, des raideurs localisées ou un fonctionnement defectueux de l'appareil moteur ». Il existe malheureusement certaines zones de l'organe qui sont d'exploration difficile chez certains malades : la partie haute de la petite courbure et la région du fornix, et la petite courbure antrale, quand l'angle gastrique est trop aigu.

Une gastroscopie négative n'a pas de valeur absolue, mais elle a parfois plus de valeur que la radiologie. Il nous fait remarquer que le processus néoplasique réel est toujours plus étendu que ne le fait voir la gastroscopie. Celle-ci donne des indications sur le degré d'extension des lésions et renseigne par là sur les possibilités opératoires.



Le Dr Petitclerc a rapporté, il y a quelques années, l'histoire de 25 laparatomies pour cancer d'estomac. Treize furent trouvés inopérables. Sur les 12 opérés, il eut deux survies ; ce n'est pas un gros pourcentage certes, mais le pronostic est beaucoup plus intéressant avec un diagnostic précoce.

En terminant, laissez-moi tirer quelques conclusions pratiques tant pour nous-mêmes que pour notre clientèle.

Ne croyez-vous pas qu'il y aurait lieu de répandre dans le public cette notion que tout monsieur qui a plus de 40 ans, et se plaint de troubles digestifs vagues ou de fléchissement de son état général, devrait immédiatement consulter son médecin de famille. Celui-ci, averti qu'il est par le taux effarant de la mortalité par cancer d'estomac (il en est mort 25,000 en 1932 aux États-Unis), et, à plus forte raison, s'il trouve chez ce patient des hémorragies occultes, devrait demander à un radiologiste compétent et expérimenté, des clichés en séries périodiques, et un contrôle radioscopique parfait,

C'est lui qui tient la clef du diagnostic précoce parce qu'il voit le patient avant les symptômes graves. C'est lui qui peut nous signaler les images discrètes, de petites dimensions, qu'il faut savoir suivre et voir évoluer dans bien des cas. Il faudrait dans les cas douteux, demander le concours précieux de la gastroscopie. Et aussi, grâce à une collaboration clinique intelligente, puissions-nous un jour avoir le plaisir de nous dire que par notre diligence, nous avons dirigé à temps vers un succès chirurgical celui qui se dirigeait lentement mais sûrement vers la mort.

---

## HYPERTENSION ARTÉRIELLE ESSENTIELLE <sup>(1)</sup>

par

Pierre JOBIN

*Professeur agrégé, chargé du cours d'Anatomie*

---

L'hypertension artérielle est une maladie fréquente et sérieuse. La clinique lui reconnaît de multiples causes, dont le rein, le cœur, les vaisseaux, certaines glandes endocrines comme la surrénale, par exemple, etc. Mais en dehors de toutes ces causes communes, nous savons qu'il existe une forme d'hypertension artérielle qui ne relève d'aucune étiologie connue ni décelable et que l'on appelle pour cela même : *Hypertension essentielle*. C'est de cette entité morbide que nous voulons vous entretenir. Nous insisterons davantage sur le traitement chirurgical.

L'hypertension essentielle relève de facteurs étiologiques actuellement inconnus. On a cependant invoqué toutes sortes de causes qui, par leur multiplicité même, prouvent justement que la véritable nous échappe. Ainsi on a incriminé : les régimes riches en protéine, le surmenage, l'obésité, la ménopause, le tabac, l'alcool, la syphilis, l'auto-intoxication intestinale, le goitre, l'hérédité, le déséquilibre endocrinien, etc.

Aussi a-t-on préconisé de nombreux traitements qui ne sont pas parvenus, eux non plus, à recueillir l'unanimité des adhésions : hydrothérapie variée, psychanalyse, repos, exercice, mobilisation active et passive de la colonne, nitrites et sulfocyanate de potassium, diathermie, roëntgenthérapie, curiethérapie, chirurgie du sympathique, etc.

---

(1) Travail présenté devant la Société médicale de Québec, le 8 avril 1942.

Mais si l'on ignore tout de la cause, l'on a cependant quelques connaissances du mécanisme d'élévation de la tension. Dans l'hypertension essentielle en effet, l'on a démontré qu'il n'y a de modifications ni de l'effort cardiaque, ni de la viscosité sanguine, ni du volume de la masse totale du sang. Cette hypertension est due à l'augmentation de résistance qu'offrent les artérioles périphériques au passage du sang par diminution de leur calibre. Cette diminution du calibre des artérioles peut être due, soit à un état spécial des artérioles, soit à une réaction anormale de ces artérioles à l'excitation vasomotrice sympathique, ou à l'action d'une substance chimique hypertensive qui se produirait au niveau du rein ischémié et qui est encore mal définie aujourd'hui. En

TABLEAU I

CLASSIFICATION DE L'HYPERTENSION ESSENTIELLE  
D'APRÈS KEITH, WAGENER ET BARKER

GROUPES	HYPERTENSION	MODIFICATIONS ART. RÉTINE	RÉTINITE	ŒDÈME DE PAPILLE
1	Légère	Minimes	Absence	Absence
2	Modérée 1°	Modérées	Absence	Absence
3	Modérée 2°	Marquées	Présence	Absence
4	Marquée	Très marquées	Présence	Présence

somme, une pression artérielle uniformément élevée indiquerait une constriction automatique et permanente des artérioles.

Il y a de plus un facteur héréditaire certain qui ne fait de doute à personne.

Des recherches expérimentales ont été entreprises de toutes parts pour tenter d'expliquer ce phénomène d'hypertension essentielle : l'on a pratiqué des sections du vague et du sympathique, des résections du corpuscule carotidien, des ligatures de l'aorte et des coronaires, etc. Toutes ces recherches n'ont apporté que peu de lumière aux cliniciens. Cependant Goldblatt a réussi à produire, chez le chien, une hypertension presque semblable à celle de l'homme, en rétrécissant le calibre des artères rénales. L'auteur conclut de ses travaux que le rein ischémié produit

une substance hypertensive qui servirait de base à la théorie humorale de l'hypertension essentielle. Malheureusement, l'homme ne réagit pas de la même manière que le chien ; en effet Page pratique une sympathectomie rénale à une jeune femme hypertendue sans obtenir de résultats. D'autre part, Pickering transfuse à des chiens normaux du sang de chiens hypertendus sans réussir à faire bouger leur tension. Grimson prouve qu'il suffit de 6 mois, après la simple sympathectomie rénale, pour voir remonter la tension à la normale.

La conclusion de ces recherches est que les nerfs du rein n'ont aucune relation avec l'hypertension essentielle.

Prohaska réussit, chez le chien, à maintenir la pression élevée pendant 2 semaines par l'injection intra-veineuse continue d'adrénaline. Il en conclut que l'hyperadrénalinémie est une des causes de l'hypertension essentielle.

Enfin Goldblatt apporte des preuves décisives pour démontrer que la glande surrénale est capable de produire l'élévation de la tension et qu'elle est même nécessaire à sa production. Cette découverte est la base du traitement actuel de la maladie. Elle supprime la théorie humorale à point de départ rénal. Pour Crile, Peet et les gens de la Clinique Mayo, la théorie neurogène prévaut, faisant voir dans l'hypertension essentielle *une vasomotricité exagérée en rapport avec la glande surrénale*. Du reste la clinique avait fait prévoir cet énoncé, car de nombreux auteurs (Langeron, Leriche, Bauer, Barker, etc.) avaient publié des observations de tumeur de la surrénale avec hypertension. L'extirpation de la tumeur avait aussitôt et définitivement fait disparaître l'hypertension.

#### *Traitements :*

De nombreux traitements ont produit de bons résultats, mais rares sont ceux qui sont parvenus à les maintenir de façon permanente. C'est ainsi que la roentgenthérapie des régions surrénales et hypophysaires, la diathermie, les régimes, certains médicaments comme le sulfocyanate de potassium, le repos, les sédatifs nervins, etc., ont amélioré beaucoup de malades, mais dans des proportions bien décevantes et la plupart du temps pour une période relativement courte.

Aussi devant l'insuffisance du traitement médical, a-t-on tenté des sympathectomies, dans l'espoir d'abaisser la tension, en se basant sur l'expérience des sympathectomies faites antérieurement dans le traitement des maladies vasculaires périphériques, comme la maladie de Reynaud par exemple. Le véritable traitement serait une sympathectomie qui influencerait toutes les artérioles de l'organisme à la fois; malheureusement c'est impraticable et même impossible. Ce n'est pas que le système nerveux sympathique soit capable à lui seul de produire l'hypertension artérielle, mais l'expérimentation prouve que la *sympathectomie augmente le débit sanguin* et la clinique montre qu'elle

TABLEAU II

PEET — EFFETS SUR LA TENSION ARTÉRIELLE  
SUIVANT L'ÂGE DE L'OPÉRATION

	1 <sup>re</sup> année	2 <sup>e</sup> année	3 <sup>e</sup> année	4 <sup>e</sup> année	5 <sup>e</sup> année	6 <sup>e</sup> année	7 <sup>e</sup> année
Nombre de cas....	202	135	105	48	37	7	1
Tension artérielle augmentée.....	3%	4%	4%	6%	5%	0	0
Tension artérielle idem.....	53%	50%	46%	38%	49%	57%	0
Tension artérielle réduite.....	44%	46%	50%	56%	46%	43%	100%

*réduit effectivement la pression.* Ce sont des faits qu'il suffit tout simplement d'exploiter et qui indiquent que la sympathectomie peut modifier le mécanisme par lequel la tension artérielle est élevée.

Les trois meilleurs modes de traitement moderne en chirurgie sont : la rhizotomie, la surrénalectomie et la sympathectomie.

#### *Rhizotomie :*

Voyant que la résection de la chaîne ganglionnaire lombaire ne donnait pas de résultats satisfaisants, Adson proposa d'élargir cette opération sympathique. Il pratiqua la section bilatérale des racines antérieures des nerfs rachidiens (rhizotomie) depuis la 6<sup>e</sup> dorsale jusqu'à la 2<sup>e</sup> lombaire, parce que ces racines antérieures contiennent les fibres

sympathiques des rameaux communicants blancs qui mettent en rapport la moelle épinière et la chaîne ganglionnaire sympathique. Il obtint ainsi de meilleurs résultats (25%) mais Leriche condamna la méthode à cause de ses complications : hémorragies médullaires et paralysie de la paroi abdominale antérieure.

#### *Surrénalectomie :*

La surrénalectomie est basée sur l'idée que l'hypertension est causée par une suractivité de la glande surrénale. Galata, Oppel, Crile, Leriche, etc., ont opéré environ 200 malades en enlevant soit toute une surrénale, soit la moitié de chacune des deux glandes. Ce traitement est bon ; la mortalité n'est que de 2%, mais les résultats ne sont que trop souvent temporaires et le danger, c'est de produire une insuffisance surrénale aiguë, comme c'est arrivé 3 fois.

#### *Sympathectomie :*

La sympathectomie large est, à l'heure actuelle, *la méthode de choix*. Crile pratique l'ablation des ganglions cœliaques et de tout le plexus solaire. Sa statistique porte sur 233 patients qui ont subi 398 opérations et dont les résultats ont été appréciés à partir d'un an après l'intervention. Il a noté 35% de résultats permanents.

L'opération de Pende (ablation des deux nerfs splanchniques) est basée sur la découverte expérimentale de Daniélopou (1903) : *la sécrétion des surrénales est directement sous l'influence des nerfs splanchniques*. Elle est acceptée aujourd'hui dans le monde entier parce que c'est elle qui produit les plus beaux résultats. Pieri, Donati, Ciceriot, Durante, en Italie ; Peet, Adson, Craig, Smithwick, White, Freidman, Barker, Boyd et Glenn, aux États-Unis ; Fabre, Langeron, Vincent, Fontaine, Leriche, Jeanneney et Hermann, en France ; Daniélopou et Janu, en Roumanie ont déjà opéré plus de 1,000 malades suivant cette technique.

Le principe de l'opération est la base même de la théorie neurogène : l'hypertension essentielle est produite par une hyperexcitabilité des nerfs splanchniques et par une exagération de sécrétion de la surrénale. Cette hypersensibilité du mécanisme vasomoteur ne se rencontre que chez certains individus prédisposés, les sympathicotoniques.

Partant de ce point de vue, Baumgartner a démontré que l'opération pratiquée d'un seul côté n'apporte que des résultats temporaires. Mais



même après une intervention bilatérale, les malades peuvent ne pas être améliorés de façon permanente car Ivy a prouvé expérimentalement que *les nerfs de la surrénale peuvent se régénérer en 4 mois*, même si l'on a fait l'ablation de la chaîne sympathique dorsale et lombaire. C'est ce qui explique l'impuissance de ce traitement à guérir tous les cas.

Les 2 principales statistiques sont celles de Peet et des chirurgiens de la Clinique Mayo.

Peet est le premier à introduire en Amérique la splanchnicectomie bilatérale, en 1933. Après avoir réséqué 5 cms de la 11<sup>e</sup> côte et écarté la plèvre, il enlève : le grand splanchnique, le petit splanchnique, les 3

TABLEAU III

PEET — EFFETS SUR LA TENSION SUIVANT L'AGE DU MALADE

AGE	Nombre de cas	Tension artérielle baissée	Tension artérielle idem	Tension artérielle augmentée
10 à 19	1	1 : 100%	0	0
20 à 29	18	14 : 78%	4 : 22%	0
30 à 39	74	38 : 51%	35 : 47%	1 : 1.3%
40 à 49	150	74 : 47%	71 : 47%	5 : 3.3%
50 à 59	46	22 : 48%	23 : 50%	1 : 2%
60 et plus.	1	0 : 0%	1 : 100%	0
Total.....	290	149 : 51% en moyenne	134 : 46%	7 : 2%

derniers ganglions dorsaux puis les rameaux communicants des 10<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> nerfs intercostaux. Il opère les 2 côtés dans le même temps, l'opération ne prend pas plus d'une heure et la durée moyenne de l'hospitalisation est de 2 semaines. Il a ainsi traité 400 malades et obtenu un abaissement permanent de la tension dans 51% (tableaux II et IV), un soulagement des symptômes subjectifs comme la céphalée dans 81%, une amélioration de l'œil, du cœur et du rein allant de 45 à 70%. La mortalité opératoire est de 3.4%.

Les chirurgiens de la Clinique Mayo, Craig, Adson, Brown, etc., et ceux de Boston, dont Smithwick, emploient une technique presque,

semblable : splanchnicectomie bilatérale avec ablation des deux premiers ganglions lombaires. Ils ont traité 300 patients, ayant subi chacun deux temps opératoires sans un seul cas de mortalité. Quoiqu'ils aient obtenu 35% de bons résultats (tableaux V et VI), ils trouvent quand même la situation un peu désappointante.

Pour tous ces auteurs, *le choix des sujets* est de la plus haute importance. Il faut tout mettre en œuvre pour déceler la présence possible

TABLEAU IV

PEET — AMÉLIORATION JUGÉE DE 1 A 7 ANS APRÈS L'OPÉRATION

Tension artérielle abaissée.....	51.4%
Symptômes subjectifs soulagés.....	86.6%
Fond d'œil amélioré.....	69.4%
Cœur — Diminution des diamètres.....	64%
Cœur — Electro-cardiogramme amélioré.....	53.4%
Fonction rénale améliorée.....	52.2%

TABLEAU V

MAYO — EFFETS SUR LA PRESSION ARTÉRIELLE

GROUPES	Nombre de cas	RÉSULTATS	
		BONS	MAUVAIS
1	11	45%	55%
2	137	33%	67%
3	69	26%	74%
4	7	0%	100%

d'une lésion, au cœur, au rein ou ailleurs, lésion capable de produire l'élévation de la pression artérielle. Il faut absolument surseoir à l'intervention si l'on trouve une cause quelconque à l'hypertension, car ce n'est plus alors de l'hypertension essentielle. Le cœur ne doit pas être décompensé, le rein doit fonctionner à 40% de la normale, l'état général doit être capable de supporter le choc opératoire. Les malades doivent être soumis au traitement médical d'abord. S'il n'y a aucune améliora-

tion, et surtout s'il survient des troubles de l'œil, du cœur ou du rein, il faut se hâter d'intervenir car les résultats sont d'autant meilleurs que les vaisseaux sont plus souples et que la maladie en est à ses débuts.

Les *contre-indications* sont faciles à déduire de ce qui précède : la décompensation cardiaque avec fibrillation auriculaire, l'angine de poitrine, l'insuffisance rénale et l'artériosclérose avancée excluent les hypertendus de l'intervention.

Il n'y a aucun élément de *pronostic* certain. La femme cependant guérit plus facilement que l'homme et les malades qui ont le mieux répondu aux tests des barbituriques (pentothal intra-veineux) et du repos (pendant le sommeil la tension revient plus ou moins vers la normale) sont susceptibles de mieux profiter de l'opération.

TABLEAU VI

MAYO — ABAISSEMENT DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

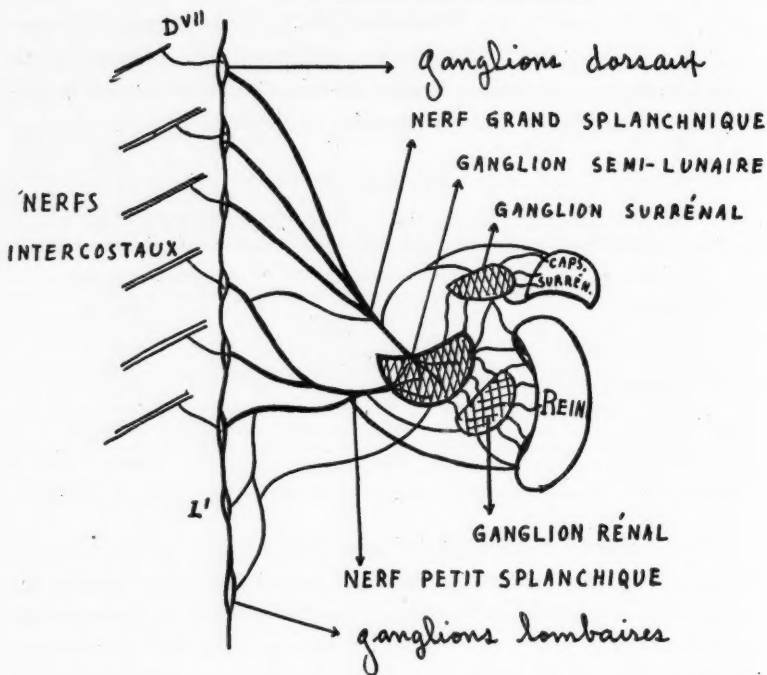
RÉSULTAT	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Excellent	27	13%
Bon	41	18%
Temporaire	87	39%
Mauvais	69	30%
Total.....	224	100%

Les *résultats* sont d'autant meilleurs que les sujets sont plus jeunes, (tableau III) que la maladie n'évolue pas depuis trop longtemps, que les vaisseaux sont plus souples (tableau I), que les malades ont déjà répondu favorablement au traitement médical, que la pression s'est plus rapprochée de la normale durant le repos ou sous l'influence des barbituriques, que l'hypertension n'est pas trop rapidement progressive et enfin que la pression artérielle n'est pas tellement élevée, c'est-à-dire, ne dépasse pas 220/130.

*En résumé*, le traitement chirurgical de l'hypertension essentielle, en dilatant les vaisseaux splanchniques, abaisse la pression artérielle et soulage le malade de ses troubles subjectifs.

C'est un procédé empirique basé simplement sur des faits d'observation clinique et expérimentale. « S'il n'y a pas d'organes malades capables de causer cette hypertension, dit Crile, c'est que la physiologie est viciée. Or pour expliquer la physiopathologie d'un tel état de chose, seul le système nerveux sympathique peut être invoqué. » La chirurgie

### PLEXUS SOLAIRE



du sympathique ne fait en somme que modifier le mécanisme qui élève la pression, dans cette hypertension essentielle dont la nature demeure encore inconnue. Elle n'en est quand même pas moins une maladie sérieuse qui, laissée à elle seule, n'a qu'une tendance : progresser jusqu'à donner des complications cardio-vasculaires fatales (l'hypertension tue en effet 300,000 personnes par année aux États-Unis). Aussi Crile a vait-

il raison de dire « qu'il faut opérer même les cas graves et désespérés car ils n'ont rien à perdre ».

Les résultats permanents de la sympathectomie large ne sont pas mirobolants, puisqu'ils ne dépassent pas 50% ; mais comme aucune autre forme de traitement ne l'égale (tableau VII), la conclusion s'impose que cette chirurgie offre les meilleures garanties actuelles dans le traitement de l'hypertension essentielle.

TABLEAU VII

Woods fait, en 1941, la revue de la question de l'hypertension essentielle et compare les résultats obtenus, d'une part, par le traitement médical (Wagener et Keith, 219 cas) et, d'autre part, par le traitement chirurgical (Peet, 76 cas). Il juge la mortalité après 5 ans de traitement dans l'un et l'autre cas. La chirurgie se montre meilleure dans l'ensemble, mais surtout pour les malades des groupes III et IV.

## MORTALITÉ APRÈS CINQ ANS

Nombre d'années	GROUPE I		GROUPE II		GROUPE III		GROUPE IV	
	Wagener Keith	Peet	Wagener Keith	Peet	Keith Wagener	Peet	Wagener Keith	Peet
1	10%	0%	12%	33%	35%	6%	79%	37.5%
2	20	0%	23%	46%	67%	12%	88%	50%
3	30%	0%	38%	46%	78%	21%	94%	62%
4	30%	0%	42%	53%	78%	24%	98%	66.5%
5	30%	0%	46%	60%	80%	33%	99%	66.5%

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De 1910 à 1930

CANNON. *Am. J. Physiol.*, 28, 64, 1911.

GALLAVARDIN. *La tension artérielle en clinique*, Masson & Cie, éditeurs, 1921.

DANIÉLOPOLU. *Bull. Mém. Soc. Méd. H. P.*, 47, 778, 1923.

PENDE. *New York M. J.*, 118, 469, 1923.

ROWNTREE et ADSON. *J. A. M. A.*, 26, 959, 1925.

PIERI. *Ann. Ital. di Cbir.*, 6, 678, 1927.

PELLISSIER. *Hypertension artérielle solitaire*, Masson & Cie, édit., 1927.

- GAROT. *Compt. Rend. Soc. Biol.*, 98, 871, 1928.  
HENRIQUES. *New Orleans M. S. J.*, 80, 857, 1928.  
VIALE. *Compt. Rend. Soc. Biol.*, 99, 1437, 1928.  
CRILE. *Annals of Surgery*, (sept.) 1928.  
GALATA. *Arch. des Mal. du Cœur*, 22, 722, 1929.  
PERIERA. *Tipo Porto Med. Ltd.*, p. 331, 1929.  
LOGEFEIL. *Minnesota Med.*, 12, 151, 1929.  
AYMAN. *J. A. M. A.*, 45, 246, 1930.  
BISSET. *Practitioner*, 124, 241, 1930.  
REED. *Am. J. Physiol.*, 92, 275, 1930.  
STEIGLITZ. *J. A. M. A.*, 45, 842, 1930.

## 1931

- AYMAN. *J. A. M. A.*, 46, 1952, 1931.  
DANIÉLOPOLU et MARCOU. *Compt. Rend. Soc. Biol.*, 107, 854, 1931.  
HEYMANS. *Compt. Rend. Soc. Biol.*, 106, 471, 1931.

## 1932

- AYMAN. *J. A. M. A.*, 48, 545, 1932.  
SANCTUCCI. *Clinique*, Paris 27, 9, 1932.

## 1933

- ADSON. *Pro. Staff Meet. Mayo Clinic*, p. 739, 1933.  
CECIL. *J. A. M. A.*, 100, 7, 463, 1933.

## 1934

- ADSON et BROWN. *J. A. M. A.*, 102, 1115, 1934.  
CUSHING. *Am. J. Patbol.*, 10, 145, 1934.  
DE COURCY. *J. A. M. A.*, 102, 1118, 1934.  
GOLDBLATT. *J. Exper. Med.*, 59, 347, 1934.  
HUTTON. *Ill. M. J.*, 66, 120, 1934.  
LANGERON et VINCENT. *Presse Méd.*, 42, 1033, 1934.  
LERICHE. *Presse Méd.*, 10, 200, 1934.  
MEILLÈRE et OLLIVIER. *J. de Chir.*, 44, 342, 1934.  
ROCH. *Méd. et Chir. Prat.*, Masson & Cie, éditeurs, 1934.

## 1935

- BROWN. *Arch. Patbol.*, 19, 473, 1935.  
DE COURCY. *J. Med. Cincinnati*, 16, 244, 1935.

- DE COURCY. *Am. J. Surgery*, 30, 404, 1935.  
GLADSTONE. *Arterial Hypertension*, New York, 1935.  
GREEN. *Am. J. Physiol.*, 110, 513, 1935.  
HEYMANS. *Compt. Rend. Soc. Biol.*, 120, 82, 1935.  
LERICHE. *Lyon Méd.*, 156, 258, 1935.  
LERICHE. *Presse Méd.*, 43, 449, 1935.  
PAGE. *Am. J. Physiol.*, 112, 166, 1935.  
PAGE et HEUER. *J. Clin. Invest.*, 14, 22, 1935.  
PEET. *Proc. Calif. Acad. Med.*, 1935.  
SPARK. *Arch. Pathol.*, 19, 473, 1935.

## 1936

- ALLEN et ADSON. *Proc. Staff Meet., Mayo Clinic*, 11, 401, 1936.  
BARKER. *J. A. M. A.*, 56, 762, 1936.  
CADY et ADSON. *Proc. Staff Meet., Mayo Clinic*, 11, 825, 1936.  
CRILE. *J. Mich. St. M. Soc.*, 35, 694, 1936.  
CRILE. *Ill. M. J.*, 70, 115, 1936.  
CRILE. *Cleveland Clin. Quart.*, 3, 201, 1936.  
CRILE. *Clev. Clin. Quart.*, 3, 268, 1936.  
HEUER. *Am. Surg.*, 104, 771, 1936.  
HINES et BROWN. *Am. Heart J.*, 11, 1, 1936.  
LERICHE. *Compt. Rend. Soc. Biol.*, 121, 991, 1936.  
LERICHE. *Rev. de Chirurgie*, 55, 635, 1936.  
PEET. *Proc. Calif. Acad. Med.*, 1936.  
PEET et FRALICH. *Arch. Ophtal.*, 15, 840, 1936.  
PICKERING. *Clin. Sc.*, 2, 209, 1936.  
PICKERING. *Clin. Sc.*, 2, 185, 1936.

## 1937

- ALLEN. *Am. Heart J.*, 14, 415, 1937.  
BISGARD. *Nebraska State Med. J.*, 22, 174, 1937.  
BLALOCK. *Ann. Surg.*, 106, 826, 1937.  
BARKER. *Wisconsin Med. J.*, 36, 28, 1937.  
CRILE. *Pensylv. Med. J.*, 40, 1017, 1937.  
DUMAS. *Maladie hypertensive*, Masson & Cie, éditeurs, 1937.  
FREIDMAN. *New York State Med. J.*, 37, 1131, 1937.  
GOLDBLATT. *J. Experim. Med.*, 65, 671, 1937.



- GRIMSON. *Ann. Surg.*, 106, 801, 1937.  
GRIFFITH. *Am. Heart J.*, 14, 710, 1937.  
HERMANN. *Compt. Rend. Soc. Biol.*, 125, 1016, 1937.  
HERMANN. *Presse Méd.*, 45, 41, 1937.  
HEUER. *Bull. New York Acad. Med.*, 13, 692, 1937.  
HOLLINSHED. *J. Comp. Neurol.*, 67, 215, 1937.  
PAGE. *Am. J. Physiol.*, 120, 238, 1937.  
PAGE et HEUER. *Arch. Int. Med.*, 59, 245, 1937.  
PEET. *J. Clin. Invest.*, 16, 49, 1937.  
PROHASKA. *Ann. Surg.*, 106, 857, 1937.  
SMITHWICK. *New England M. J.*, 22, 174, 1937.  
WILSON. *Intern. Clin.*, 1, 191, 1937.

## 1938

- ALLEN et ADSON. *Proc. Staff Meet., Mayo Clin.*, 13, 426, 1938.  
ALLEN et ADSON. *Ann. Intern. Med.*, 11, 2151, 1938.  
BARKER. *Proc. Staff Meet., Mayo Clin.*, 13, 1181, 1938.  
BOYD. *J. Urol.*, 39, 627, 1938.  
CRAIG. *South Surgeon*, 7, 97, 1938.  
CRILE. *Clev. Clin. Quart.*, 5, 33, 1938.  
CRILE. *Am. Surg.*, 107, 909, 1938.  
CANNON. *J. A. M. A.*, 111, 556, 1938.  
DAVIS. *Ann. of Surgery*, 107, 899, 1938.  
FABRE et JEANNENEY. *J. Méd. Franç.*, 27, 55, 1938.  
HUTTON. *Endocrinology*, 22, 236, 1938.  
HERMANN. *Lyon Méd.*, 161, 160, 1938.  
GOLDBLATT. *J. Experim. Med.*, 67, 809, 1938.  
GLENN et CHILD. *Arch. Surg.*, 36, 375, 1938.  
LERICHE. *Presse Méd.*, 46, 489, 1938.  
LERICHE et WERTHRIMER. *Lyon Méd.*, 161, 15, 1938.  
IVY. *Intern. Abstr. Surg.*, 66, 1, 1938.  
MARTIN. *Intern. Abstr. Surg.*, 67, 419, 1938.  
PAGE. *J. A. M. A.*, 110, 1161, 1938.  
PAGE. *A. J. Physiol.*, 122, 352, 1938.  
ROGOFF. *J. A. M. A.*, 110, 2127, 1938.  
ROGOFF. *Proc. Soc. Exp. Biol. & Med.*, 38, 199, 1938.  
ROGOFF. *Proc. Soc. Exp. Biol. & Med.*, 37, 715, 1938.

## 1939

- ANDERSON. *J. Clin. Med.*, 4, 1, 1939.  
BRADEN et SPENCER-YALE. *J. Biol. & Med.*, 11, 449, 1939.  
CRAIG et ALLEN. *Mississippi Doctor*, 16, 11, 1939.  
CRAIG et ALLEN. *Mississippi Doctor*, 18, 23, 1939.  
CRAIG et SMITH. *Yale J. of Biol. & Med.*, 11, 415, 1939.  
DAVIS et BARKER. *Ann. Surg.*, 110, 1016, 1939.  
FLOTHOW. *A. J. Surg.*, 44, 535, 1939.  
FOUCART. *A. J. Patbol.*, 15, 741, 1939.  
PAGE. *J. A. M. A.*, 113, 2046, 1939.  
WAGENER et KEITH. *Medecine*, 81, 317, 1939.  
WAGENER et CRAIG. *Trans. of Am. Ophtal. Soc.*, 75, 379, 1939.  
WALD et BARKER. *J. A. M. A.*, 113, 1120, 1939.

## 1940

- ALLEN et ADSON. *Ann. Intern. Med.*, 14, 2, 1940.  
ALLEN, KVALE et SMITH. *Arch. Surg.*, 40, 344, 1940.  
HUTTON. *Mississippi Doctor*, 18, 23, 1940.  
PAGE et HELMER. *J. Exper. Med.*, 71, 29, 1940.  
PEET. *J. A. M. A.*, 115, 22, 1875, 1940.  
PEET. *J. Intern. Chirur.*, 5, 1, 1940.  
SCOTT. *Mississippi Doctor*, 18, 74, 1940.  
SHRÖDER et FISH. *A. J. M. Sc.*, 199, 601, 1940.  
SMITHWICK. *Surgery*, 7, 1, 1940.

## 1941

- ALLEN. *J. Lancet*, 61, 183, 1941.  
BAUER. *Acta Med. Scand.*, 108, 18, 1941.  
BRAASCH. *Vida Nueva*, 47, 185, 1941.  
PROGER. *Bull. New England M. Center*, 3, 49, 1941.  
SHRÖDER et STEELE. *Arch. Intern. Med.*, 68, 261, 1941.  
WOODS. *Ann. Surg.*, 113, 1072, 1941.

## 1942

- BRAASCH. *Can. Med. Ass. J.*, 46, 9, 1942.
-

# MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

---

## LES NERVEUX EN CLIENTÈLE <sup>(1)</sup>

---

Quel est celui d'entre nous qui n'a pas déjà esquissé un mouvement d'agacement en voyant entrer dans son cabinet de consultation l'un de ces nerveux qui font le désespoir des médecins. Et pourtant ces malades méritent notre attention et réclament nos soins comme tout autre malade. D'ailleurs la civilisation moderne avec sa vitesse et son machinisme n'a-t-elle pas multiplié, d'une façon inquiétante, ces cas de névrose au point que Carrel a pu dire, en observant ce fait, que l'organisme humain avait évolué moins vite que la civilisation avec laquelle il était actuellement en désaccord.

C'est à la lumière des nombreuses observations que j'ai recueillies depuis les quelques années que je pratique la médecine que je veux vous entretenir des déprimés et des nerveux, tels qu'ils se présentent au médecin de médecine générale.

Je vous donnerai d'abord une courte description clinique du pithiatisme, de la mythomanie, de la psychasthénie, de l'hypochondrie, de la mélancolie et de la neurasthénie et je tâcherai de vous dire, en terminant, quelle est, à mon avis, la ligne de conduite que nous devons tenir en face de chacun de ces cas.

---

(1) Travail présenté devant la Société médicale de Québec, le 8 avril 1942.

## HYSTÉRIE

Bien des définitions ont été données de l'hystérie.

Monsieur Babinski a dit lui-même que l'on devait qualifier d'hystérique toute manifestation que l'on pouvait faire apparaître et disparaître par la simple suggestion.

L'hystérie c'est une réaction anormale de l'individu qui vient en contact avec les difficultés de la vie et qui a été fragilisé *dans sa jeunesse* par l'hérédité, la maladie, ou des conditions sociales défectueuses.

Tout sujet qui devient subitement hystérique à l'âge adulte, est suspect d'avoir une lésion organique.

L'hystérique est en général un être puéril et sensible, timide et prétentieux, en même temps anxieux, irritable et très préoccupé de lui-même ; il exagère ses troubles et les raconte à tout venant et par-dessus tout il est fabulateur et menteur.

Aussi, advenant une contrariété ou une difficulté qu'il juge insurmontable, il se réfugie dans une manifestation pathologique qui aura toujours pour caractère d'être inexplicable, disproportionnée, voire même spectaculaire.

Les manifestations hystériques sont tellement nombreuses que je n'entreprendrai pas de toutes les décrire. En voici cependant quelques-unes :

Les troubles sensitifs sous forme de zones d'hypersensibilité ou d'anesthésie sont bien connus, de même que :

- les paralysies segmentaires ;
- le vaginisme ;
- la photophobie ;
- les contractures ;
- les convulsions (la grande crise pithiatique) ;
- la catatomie ;
- le somnambulisme, etc.

Mais pour mieux fixer ce tableau, voici deux brèves observations.

*Première observation :*

Un jour que j'assistais, à Paris, à la clinique du fameux Babinski, il nous présenta une hystérique à qui il fit faire une crise convulsive sous le simple effet de la suggestion. Portant dans chaque main un fil électrique relié à une machine qui faisait entendre un sifflement impressionnant, il nous expliqua qu'en appliquant le pôle positif à la mastoïde droite de la malade et le négatif à gauche, le courant électrique traversant le cerveau dans un sens déterminé, provoquait une crise convulsive. Et comme il avait joint le geste à la parole, la malade se laissa choir sur le plancher et fit devant nous une crise convulsive. Puis il ajouta qu'en intervertissant les pôles, la crise disparaissait et la malade cessa sa crise et se releva. Or, les deux fils n'étaient pas reliés à la machine : par la simple suggestion donc, il avait fait apparaître et disparaître une crise convulsive démontrant, par là, qu'en fait d'hystérie tout est fonction de suggestion.

*Deuxième observation :*

Dans le Service de médecine de l'Hôtel-Dieu se présentait, il y a quelques années, une jolie petite fille de 12 ans, porteuse d'un ptosis total de la paupière supérieure gauche, ptosis apparu subitement quelques jours auparavant. Comme tous les examens avaient été négatifs, on la fit surveiller, et on la surprit qui regardait droit de ses deux yeux quand elle ne se croyait pas surveillée. L'on guérit ce ptosis par la simple suggestion et on la retourna dans sa famille avec une lettre à son médecin, mais celui-ci mit en doute ce qu'on lui disait et nous ramena, quelques jours plus tard, la petite avec de larges plaques d'ecchymose qui démontraient bien, à son dire, que nous nous étions trompés. Mais malheureusement nous avions vu juste car ces supposées ecchymoses disparurent avec de l'eau et du savon : la petite s'étant fait ces taches à l'aide d'un crayon de couleur.

Cette deuxième observation démontre donc que l'hystérie peut apparaître même chez les jeunes.

## MYTHOMANIE

Le mythomane est un pithiatique qui se mutilé par un besoin morbide d'attirer l'attention et la sympathie, mais heureusement ces malades se rencontrent très rarement et Dieulafoy cite l'observation d'un homme intelligent et instruit qui a pris en défaut tous les grands médecins de Paris avec des plaies superficielles des téguments qu'il se faisait lui-même à l'aide d'un caustique. Il était à ce point enraciné dans son mal qu'il alla jusqu'à se laisser amputer un bras plutôt que d'avouer sa fraude, et on allait lui amputer une jambe quand un médecin, plus habile ou plus chanceux, pensa à la possibilité de la mythomanie, préleva des sécrétions à la surface de l'ulcère et y trouva des traces de caustique. Mis en face des faits, le malade avoua sa supercherie et remercia le médecin de l'avoir libéré de cette obsession mythomaniaque.

A l'automne 1941, nous avons eu, dans le Service de médecine de l'Hôtel-Dieu, une jeune femme dont les téguments étaient littéralement couverts de lésions, les unes cicatricielles, les autres ulcéreuses, mais ayant toutes la même grandeur et la même forme. Cette maladie existait depuis des années et elle avait résisté à tous les traitements.

L'étrangeté des lésions qui contrastaient avec la conservation d'un bon état général nous fit suspecter la mythomanie. L'on fit enquête et l'on découvrit dans le sac à main de la malade, une petite boîte de caoutchouc durci qui avait exactement la forme et les dimensions des lésions cutanées.

Isolée et privée de sa boîte, la malade ne fit plus de nouvelles plaies mais elle quitta l'hôpital sans vouloir avouer sa supercherie malgré toutes nos tentatives.

## PSYCHASTHÉNIE

La psychasthénie est une maladie héréditaire et constitutionnelle caractérisée par une faiblesse du système nerveux qui expose le sujet qui en est atteint à avoir des obsessions, des angoisses, des phobies ou des scrupules.

Le psychasthénique naît psychasthénique et il le restera toute sa vie sans pour cela avoir des troubles constants, mais il est toujours susceptible d'en avoir.

Les psychasthéniques sont très nombreux et vous en rencontrerez fréquemment dans votre clientèle. Habituellement ce trouble est compatible avec une vie normale et il est même curieux de noter que très souvent ces gens sont par ailleurs particulièrement intelligents, voire même psychologues avertis ou artistes, mais quand il s'agit d'eux-mêmes, ils comprennent bien leur état mais ils sont incapables de contrôler, de dominer leurs sensations et c'est ainsi qu'ils viendront vous trouver pour vous demander de les débarrasser d'un trouble qu'ils savent sans fondement mais qui empoisonne leur vie malgré tous leurs raisonnements.

Les obsessions existent chez ces gens de même que les scrupules mais c'est surtout aux phobies que l'on a à répondre.

Voici quelques exemples qui feront facilement comprendre ce dont je parle :

Une jeune femme vient m'avouer qu'elle ne peut se coucher le soir sans avoir mis ses ciseaux dans un tiroir qui ferme à clef et sans en avoir confié la clef à son mari parce qu'elle a peur de se réveiller au cours de la nuit et d'aller crever les yeux de ses enfants avec ses ciseaux.

Une jeune fille que je connais fait de longues périodes d'insomnie et cela depuis des années parce qu'elle est périodiquement obsédée par l'image des organes génitaux de l'homme.

Un vieillard que j'ai sous mes soins depuis des années a toujours été scrupuleux mais depuis quelque temps ses troubles ont pris une telle intensité qu'il vit constamment enfermé dans sa chambre n'osant ni lever les yeux ni regarder un journal de peur de voir une femme, un portrait de femme, ou même seulement un article féminin, ce qui le plonge dans des scrupules atroces et lui fait voir l'enfer entr'ouvert sous ses pieds.

Un autre, depuis 40 ans, se rend à son travail en taxi car seul sur la rue il a l'impression que les maisons se précipitent sur lui pour l'écraser, mais rendu à son travail, il conduit une grosse entreprise de commerce sans le moindre fléchissement.

Un autre a une peur folle des microbes.



Enfin voici un de mes amis qui arrive en coup de vent chez moi et qui me dit : je ne vis plus, j'ai la phobie de la syphilis. Je l'examine, je ne trouve rien et je lui dit, tu n'as aucune raison d'avoir attrapé la syphilis et tu ne l'as pas. Je le savais qu'il me répond, mais j'avais besoin que tu me le dises pour que je sois débarrassé de cette phobie. Et deux ou trois mois plus tard il revient avec une autre phobie qui empoisonne de nouveau sa vie.

Et voilà comment sont les psychasthéniques qui passent leur vie torturée chroniquement ou périodiquement par des obsessions, des scrupules, des angoisses et surtout des phobies.

### HYPOCHONDRIE

L'hypochondrie est une maladie caractérisée essentiellement par un mélange de dépression constitutionnelle, d'hyperémotivité, de paranoïa légère et de fabulation.

L'hypochondriaque se présente souvent à votre consultation un petit papier à la main sur lequel il a noté tous les maux dont souffre sa misérable personne.

Il se plaint de tous ses organes et il vous explique tous ses troubles avec un flux de paroles et une richesse d'expression qui vous déconcertent. Mais si vous poussez l'interrogatoire, vous constatez que tous ses troubles sont purement subjectifs et manquent de précision ; l'examen physique même le plus soigné ne révèle aucune lésion organique. Il a des cénestopathies, il sent son cœur, son estomac, ses organes génitaux, il ne dort pas, il ne mange pas de ceci ou de cela parce que ça fait mal à son estomac, à son foie ou à ses reins.

Et n'allez pas lui dire qu'il n'est porteur d'aucune maladie grave, il ne vous croira pas et vous démontrera qu'il connaît cela mieux que vous, il a d'ailleurs consulté tous les médecins et tous les traités de médecine, il a essayé tous les traitements et tous les régimes, et il a l'air de vous dire que s'il vient vous consulter, ce n'est pas tant pour avoir votre avis que pour vous soumettre un cas vraiment extraordinaire qui a échappé à la sagacité de tous les médecins et dont il semble s'enorgueillir.

Si vous lui proposez un traitement il en discute le bien fondé et il revient, quelques jours plus tard n'ayant rien fait de ce que vous avez prescrit et se plaignant encore plus que la première fois, si possible.

Cet hypochondriaque est incurable parce que sa maladie c'est sa raison d'être, c'est son refuge contre tous les ennuis de la vie auxquels il n'a pas le courage de faire face ou qui sont réellement inacceptables.

Ces jours derniers arrivait à l'Hôtel-Dieu une jeune fille offrant toutes les apparences d'une santé parfaite et se plaignant de troubles variés et disparates ; les examens de routine ne nous ayant fourni aucun résultat satisfaisant, l'on fit enquête et l'on découvrit que sa vie se passait dans des transes continuelles parce qu'elle avait à se défendre tous les jours contre les assauts indécents de la part d'un de ses proches.

Souvent les hypochondriaques ont déjà subi plusieurs interventions chirurgicales qui n'ont eu d'autre résultat que de les ancrer davantage dans leur mal. Et c'est ainsi que vous voyez passer ces grands balafrés dont parlait Dieulafoy et qui font encore le désespoir de nos consultations.

Ces hypochondriaques, pour trouver un remède à leurs maux ou au moins les oublier, versent facilement dans la toxicomanie, et il n'est pas rare de rencontrer de ces malades qui prennent des hypnotiques tous les soirs et qui se gavent d'aspirine et même de morphine pour se débarrasser de leurs douleurs qu'ils déclarent intolérables.

Ces hypochondriaques font le désespoir du médecin qui épuise son savoir et son savoir-faire à leur procurer un soulagement qu'ils n'arrivent jamais à obtenir et qu'ils semblent en définitive ne pas désirer.

### MÉLANCOLIE

La mélancolie est une maladie héréditaire et constitutionnelle caractérisée par des poussées de dépression mélancolique apparaissant sans cause apparente, et d'une façon très irrégulière au cours d'une vie par ailleurs normale.

Contrairement au neurasthénique, le mélancolique entre assez brusquement dans sa crise dans l'espace de quelques jours et son asthénie est plus psychique que physique.

A la période d'état, le mélancolique est dans un état de dépression profonde avec des hallucinations et des idées délirantes, des angoisses terribles, des idées d'indignité et de damnation, et il peut même aller jusqu'à se suicider contrairement à l'hypochondriaque qui parle volontiers de suicide pour se rendre intéressant ou obtenir la médication qu'il réclame, sans jamais mettre ses menaces à exécution.

Après quelques jours ou quelques semaines de dépression, le mélancolique sort assez brusquement de son état pour reprendre une vie normale jusqu'au jour où il fera une nouvelle phase dépressive souvent en tous points semblable aux précédentes.

Et nous en arrivons à la neurasthénie vraie.

Médicalement parlant, la neurasthénie n'est pas ce qu'on dit d'elle dans les boudoirs où l'on appelle neurasthénie tous les troubles nerveux sur lesquels le médecin n'a pas su ou pas voulu mettre une étiquette. Au contraire, la neurasthénie est une entité clinique bien définie causée par un épuisement du système nerveux, à la suite d'un long surmenage, d'une infection, ou d'une intoxication. Elle n'est ni héréditaire ni constitutionnelle, mais accidentelle et caractérisée cliniquement par de la fatigue, une asthénie profonde, de l'insomnie, des douleurs et de la dépression psychique.

Elle débute par une fatigue excessive qui est d'abord physique avant de devenir psychique. L'individu se sent physiquement faible, fatigué, sa résistance musculaire est amoindrie il ne peut pas marcher comme d'habitude, il doit se reposer, ses traits sont tombants et quand arrive le soir, il écrase littéralement de fatigue. La maladie évoluant, cette fatigue s'accroît et quand il entrera dans votre cabinet de consultation, il se laissera littéralement crouler dans un fauteuil, incapable de se tenir debout plus longtemps.

Cette fatigue n'est pas seulement une conséquence de l'affaiblissement de la volonté, elle est l'expression même d'une diminution du tonus musculaire comme en font preuve tous les tests dynamométriques qui ont été pratiqués. Bien plus, elle ne se manifeste pas seulement sur les muscles striés, mais également sur les muscles lisses. Et c'est ainsi que l'on voit l'appareil circulatoire subir l'influence de cette fatigue engendrant la mollesse du pouls et la chute de la pression artérielle. Le tractus

gastro-intestinal est également le siège d'une hypotonie indéniable avec ptose de l'estomac et de l'intestin.

A ce sujet, les Américains ont poursuivi une expérience assez amusante et démonstrative. Observant un certain nombre d'étudiants surmenés par la préparation de leurs examens, ils ont fait subir à ces sujets un examen radiologique de l'estomac qui a démontré, chez un bon nombre d'entre eux, une ptose indéniable de cet organe. Et ce qui est plus curieux encore c'est que, une fois les examens passés et le doctorat obtenu, la fatigue disparut et la ptose de l'estomac disparut elle-même, comme on put le constater par un examen radiologique de contrôle.

L'asthénie musculaire est donc indéniable mais elle se manifeste encore par d'autres troubles et, en particulier, par de l'asthénie génitale.

Chez la femme, l'asthénie génitale se manifeste par une tendance au prolapsus avec atonie des muscles de la sangle pelvienne et atonie de l'utérus lui-même qui, suivant l'expression de certains gynécologues devient mollassse, comparable à un chiffon mouillé. Ces femmes neurasthéniques ont une sensation constante de pesanteur dans le petit bassin qui leur est bien pénible et qui les porte parfois à rester dans le décubitus dorsal. Ce malaise pelvien s'accompagne souvent et malheureusement de véritables névralgies qui peuvent conduire le thérapeute trop entreprenant à faire une ablation chirurgicale de ces organes ce qui, vous le comprendrez, sera un désastre chez de telles malades.

La période neurasthénique étant passée, ces troubles résultant de l'affaiblissement du tissu musculaire lisse disparaîtront et la malade reprendra une vie normale.

Chez l'homme, l'asthénie du système génital joue un rôle capital et se manifeste par un épuisement fonctionnel qui contribue grandement à maintenir le malade dans un état de dépression psychique.

Le neurasthénique est donc un malade essentiellement fatigué et profondément fatigué, au point qu'il en arrive à être incapable du moindre effort. De plus, il ne dort pas. L'insomnie chez le neurasthénique est très variable, mais elle est toujours tenace et particulièrement pénible au malade. D'ailleurs sa disparition annonce la fin de la maladie.

Le neurasthénique est un fatigué qui ne dort pas, mais c'est surtout un fatigué qui souffre. Les douleurs constituent un symptôme cardinal

de ce syndrome et elles se manifestent un peu dans tous les muscles des individus qui sont courbaturés comme s'ils avaient été roués de coups, mais elle se localise dans certains territoires de prédilection comme le rachis, la nuque et la tête.

*L'état mental du neurasthénique :*

Chez le neurasthénique l'état mental est réel mais secondaire à l'état physique contrairement à ce qui se passe dans la mélancolie. Le neurasthénique n'est pas un imaginaire et la suggestion n'aura aucun effet sur lui car les troubles dont il se plaint sont bien réels et si vous ne le comprenez pas, il ne vous le pardonnera pas et changera fatalement de médecin.

Ces troubles mentaux se caractérisent par une diminution globale de toutes les facultés. Au début ses possibilités d'action sont moindres que sa volonté. En d'autres termes, il veut encore mais il ne peut plus et il s'acharne à vouloir jusqu'au moment où sa volonté elle-même s'écroule et alors il devient complètement aboulique, incapable de la moindre décision et du moindre acte de volonté. Au début, ce sont les besognes extraordinaires qui lui sont impossibles, plus tard, écrire une simple lettre, faire une addition, dire oui ou non, lui paraîtra une montagne.

A la période d'état, il lui faut un grand effort de volonté pour faire le moindre geste. Il se sent isolé, inquiet, en état d'indignité et, ce qui est pire, il se trouve incompris de son entourage et, parfois, même de son médecin. Aussi se retourne-t-il sur lui-même et, pour arriver à obtenir quelque soulagement à ses maux, il les exagère et même en invente de nouveaux. Et c'est pourquoi, méconnaissant la maladie initiale, un médecin non averti prendra tous ces troubles pour du pithiatisme ou de l'hypochondrie et cela c'est plus qu'une erreur, c'est une faute.

Voilà donc l'état du neurasthénique : profondément fatigué, aboulique, insomniaque et souffrant. Il reste ainsi un certain nombre de jours, de semaines, voire même de mois, puis, spontanément, ou sous l'influence d'un traitement, il sort de sa crise, retrouve une vie à peu près normale et ne retombera plus jamais dans son état de neurasthénie, à moins de retomber dans ses mêmes habitudes de surmenage qui ont causé l'état primitif. En d'autres termes, c'est un accident au cours de sa vie.

Voyons maintenant trois types de neurasthéniques :

Voici premièrement l'observation d'une de ces jeunes femmes qui viennent par dizaines et par dizaines chaque année chercher refuge dans nos Services d'hôpital : elle a 35 ans et elle est mariée depuis 15 ans. Elle a à la maison 12 enfants. Elle est mariée à un homme exigeant qui connaît mieux ses droits que ses devoirs et pour comble de malheur, elle héberge sa belle-mère. A travers toutes ses grossesses, elle a dû suffire au travail du ménage sans jamais l'aide d'une bonne, et pendant la belle saison, elle va se délasser aux champs en travaillant à la moisson. La nuit c'est elle qui se lève pour les petits et, entre temps, elle subit une épidémie de scarlatine, de rougeole ou de coqueluche ; puis, petit à petit ses forces déclinent, son appétit s'en va, elle s'impatiente, elle dort mal, elle souffre d'un peu partout et à la fin elle nous arrive à l'hôpital, se plaignant de tous les maux de la terre et qui peuvent se résumer en un seul, une énorme fatigue qui porte sur tous ses systèmes. Voilà une asthénique, une fatiguée, rendue à un tel degré, qu'on peut véritablement parler de neurasthénie.

Mais il serait odieux de considérer cette jeune femme comme une vulgaire hypochondriaque elle qui a donné à sa famille jusqu'à ses dernières réserves d'énergie et, vous l'avouerais-je, c'est pour rendre justice à ces nombreuses jeunes mères qui fléchissent sous le poids d'un fardeau trop lourd que j'ai commencé ce travail et que j'ai le plaisir de vous le présenter.

Prenons, par ailleurs, un homme en pleine force de vie, chanceux dans les affaires, entreprenant, exhubérant, de bonne humeur, qui se laisse entraîner par le mouvement qu'il a créé lui-même. Il en arrive à faire des choses vraiment au delà de la limite de sa résistance et à un bon moment ça tourne mal : ses affaires sentimentales ne vont pas à son goût ; à la maison on récrimine ; au bureau ça ne marche pas, la bourse craque, les créanciers s'acharnent contre lui. Il lutte, il travaille mais il se sent fatigué. Pour faire disparaître cette fatigue, il se stimule à l'alcool et, petit à petit, sa résistance s'épuise, son potentiel nerveux n'est plus le même, il devient fatigué et il verse progressivement dans cet état de neurasthénie que nous venons de décrire.

Enfin un troisième type de neurasthénique nous est fourni par ce jeune homme pâle qui nous arrive à l'hôpital fatigué et dégoûté de la vie, fuyant la société des jeunes, surtout des jeunes filles, et se plaignant de lombalgie, d'insomnie, de troubles digestifs, etc., etc. Qu'a-t-il, il a tout simplement sacrifié trop libéralement à la méthode d'Onan.

Voilà donc, brièvement décrits, quelques types de nerveux qui méritent de n'être pas confondus et qui réclament chacun un traitement différent comme nous allons maintenant le voir.

Le traitement des déprimés et des nerveux demande de la part du médecin une attention particulière.

Il ne suffit pas de dire « c'est nerveux » pour avoir réglé la question car ces sujets auront vite saisi que vous n'avez rien compris à leur affaire si vous vous contentez de leur dire : Bah! ce n'est rien, c'est nerveux, n'y pensez pas.

Et ce sera encore pire si vous voulez les traiter brutalement.

Bien au contraire, il faut prendre leur cas en sérieuse considération, les écouter attentivement et avec patience afin de gagner dès le début leur confiance, car c'est dès le premier contact avec de tels malades qu'il faut commencer le traitement. Il faut qu'il ait l'impression qu'il a rencontré un médecin qui le comprend et qui va lui rendre service.

L'examen d'un nerveux doit donc être plus complet que l'examen de routine habituel car il faudra fouiller ses antécédents, ses habitudes de vie, ses conditions sociales et son comportement afin de tâcher de découvrir la cause de ses troubles.

Le médecin doit donc faire preuve de connaissance et d'autorité, mais il doit éviter toute brusquerie, toute morgue et toute moquerie s'il veut atteindre son but. Il doit se contenter d'être sérieux et réfléchi.

Il lui est même permis d'être sympathique mais il doit se garder avec soin de verser dans la sentimentalité, ce qui l'exposerait à bien des ennuis voire même au chantage.

Il faut, en définitive, que le nerveux trouve chez son médecin un être intelligent et sympathique qui lui serve de tuteur pour traverser les moments difficiles de la vie.



Chez les pithiatiques et les mythomanes, le traitement découle nécessairement d'un diagnostic bien fait et consiste essentiellement dans la suggestion. Mais la suggestion est fonction de l'ascendant que vous aurez su prendre sur votre client. S'il s'agit d'un mythomane en particulier, il faut réussir du premier coup à le convaincre que vous avez découvert sa supercherie et que vous ne conservez pas le moindre doute sur son cas : c'est le temps de jouer le grand jeu et même d'avoir recours à des moyens spectaculaires, pour le débarrasser de l'obsession dans laquelle il est envoûté.

Le pithiatique ordinaire cèdera assez facilement dès qu'il se sentira découvert, et il rira même avec vous de la bonne farce qu'il était en train de vous jouer, mais méfiez-vous de la famille car elle ne vous pardonnera jamais de vouloir faire passer pour fou un enfant qu'elle jugeait souvent très intelligent.

Chez le psychasthénique qui a des phobies, des obsessions, des angoisses, ou des scrupules, c'est également la suggestion qui est la meilleure arme thérapeutique. Mais ici votre succès sera proportionnel à la confiance que vous aurez su inspirer à votre patient.

Il ne faut donc pas prendre son cas à la légère, sous prétexte que vous savez déjà de quoi il s'agit pour l'avoir vu plusieurs fois antérieurement revenir pour des troubles identiques.

Il faut au contraire que vous l'examiniez attentivement et que vous lui fournissiez la preuve que vous ne pouvez pas vous tromper pour qu'il retourne chez lui libéré d'une angoisse ou d'une phobie qui le torturait quelques minutes auparavant ; mais ils sont ainsi faits qu'ils ne demandent pas mieux que de vous croire.

Il faut éviter avec soin de se laisser entraîner, par ces patients, dans des discussions interminables qui ne peuvent que ruiner notre prestige. Le point essentiel consiste à développer chez eux la volonté en leur recommandant de ne pas se laisser guider par leurs sensations qui sont fausses, mais par l'intelligence et le jugement.

Il faut être catégorique tout en évitant d'être grossier ou brutal.

Enfin ces psychasthéniques se trouveraient souvent bien de prendre des sédatifs nervins légers, tels le gardénal à dose filée ; ou des toniques à base de calcium ou de phosphore. Mais il faut habituellement éviter

la strychnine et surtout craindre le danger d'accoutumance aux barbituriques.

Enfin, il est sage je crois, d'inviter ces patients à se présenter à votre consultation dès qu'ils se sentiront pris d'un nouveau trouble.

L'hypochondriaque, lui, est tout différent et particulièrement difficile à traiter.

Il faut l'étudier avec soin et rechercher les conditions familiales ou sociales qui l'ont conduit dans l'état où vous le trouvez. Mais, par ailleurs, il ne faut pas oublier que s'il est ainsi ce n'est pas dû uniquement aux conditions dans lesquelles il vit, mais surtout à son manque d'adaptabilité à ces conditions et pour tout dire, à son manque de courage.

Aussi faut-il chercher à les ramener à une vie normale en leur prêchant la soumission et l'acceptation de leurs troubles, mais il ne faut pas le faire trop rapidement car ils se découragent et abandonnent tout. Et pour tout dire, ce but idéal que nous nous proposons d'atteindre est rarement réalisé, c'est ici qu'il ne faut pas confondre traitement et guérison.

En effet, au moment où vous croirez avoir réussi, il vous échappera et inventera une nouvelle série de troubles, car, malheureusement, nous ne pouvons pas faire confiance à ces malades qui nous jouent volontiers plutôt que de se laisser entraîner hors de cet état de maladie dans lequel ils semblent se complaire.

Que faire alors ?

Je suis vraiment embarrassé de vous le dire.

Il faut d'abord se laisser jouer le moins souvent possible et rester ferme tout en évitant d'être brutal. Se méfier du chantage et de la sentimentalité.

Notre principal souci doit être, je crois, d'éviter de leur faire du mal et en particulier il faudra éviter d'avoir recours à la chirurgie, sauf dans un cas d'indiscutable nécessité. Il en est de même des traitements de charlatans, des régimes trop carencés, des irrigations coliques, etc., etc., mais il faut surtout éviter de les rendre *toxicomanes*, car ces gens ont une propension extraordinaire pour les hypnotiques et même la morphine.

Je connais personnellement des tas de malades qui, depuis des années, font de tels abus afin d'oublier leurs troubles et leurs bobos et elles ne sont contentes que quand elles en arrivent à dormir 20 heures sur 24.

Enfin, à force de persévérance, de tact, de toniques et même de placebo, il faut tâcher de les ramener à faire une vie normale, active même, qui les éloigne de leur « moi » détestable.

C'est là une tâche ardue qu'il vous arrivera rarement de conduire à bonne fin, car vous ne pouvez en aucune façon compter sur la collaboration de ces patients.

Le mélancolique qui fait une poussée dépressive se traite tout autrement.

S'il est vrai que tous les traitements ne peuvent pas faire varier la longueur de sa crise, on peut du moins espérer en diminuer l'intensité.

Ces sujets doivent d'abord être avertis que la crise passera et qu'ils retrouveront une santé parfaite.

Pendant la crise, ils doivent être isolés et surveillés comme tout mental et pendant ce temps on se contente de faire une médication symptomatique et de donner du laudanum et du Somnifène pour amoindrir leurs anxiétés et leurs phobies. Mais encore une fois la crise prendra fin spontanément et le malade retournera à sa vie normale jusqu'à la prochaine crise qui peut ne survenir que plusieurs années plus tard ou jamais.

Enfin le traitement des neurasthéniques réclame une attention particulière.

Il ne faut pas les traiter comme de vulgaires nerveux mais comme des fatigués, des surmenés.

Il faut tout d'abord les sortir de leur milieu familial et les éloigner de leurs affaires.

A la période d'état de la maladie je crois qu'il faut les traiter à l'hôpital et même les garder au lit. Ce repos au lit est souvent nécessaire pour obtenir une détente complète, et permettre à leur réserve d'énergie de se refaire. A ce moment il est inutile de leur procurer des distractions

ou de les faire voyager car ils sont incapables d'en supporter les fatigues. C'est une maison de repos qu'il faut.

Plus tard, quand la fatigue disparaîtra, il faudra prescrire des exercices physiques prudents, proportionnés au retour des forces, jusqu'à la reprise des activités normales.

Pour l'alimentation, il faut suivre la même ligne de conduite : Au début elle sera légère et peu toxique, plus tard, elle devra être plus abondante et plus tonique.

Quant à la médication, elle devra viser à corriger les troubles comme l'insomnie et surtout à tonifier les forces du sujet à l'aide des toniques habituels.

Plus tard, et souvent même après des mois, il s'agira de faciliter la réadaptation à une vie normale tout en prenant grand soin d'éviter les erreurs et le surmenage qui ont abouti à l'épuisement et à la neurasthénie que vous venez de traiter.

Vous voyez que dans ce traitement il n'est nullement question de psychothérapie ni de chirurgie car l'une est inopérante et l'autre dangereuse. L'hydrothérapie elle, peut être de quelque utilité.

Enfin si un dérèglement sexuel a été à la base de la poussée neurasthénique, il ne faut pas craindre de faire l'éducation du sujet, voire même de lui conseiller le mariage, et d'utiliser certains produits endocriniens comme l'A. P. L. ou l'Antuitrin « S » qui nous ont paru être d'une certaine utilité dans ces cas.

J'espère ne pas vous avoir trop déprimés avec mes nerveux mais je tenais à attirer votre attention sur ces différents malades : pithiatiques, mythomanes, psychasthéniques, hypochondriaques, mélancoliques et, surtout, neurasthéniques véritables qui sont habituellement de jeunes mères épuisées par des grossesses nombreuses et qui méritent toute notre attention et notre sympathie.

J.-B. JOBIN.

---

## ANALYSES

---

HARRIS, R. I. (Toronto). **Obliterative Vascular Disease — Treatment by Sympathectomy.** (L'artérite oblitérante. Traitement par sympathectomie.) *Can. Med. Ass. Journal*, (déc.) 1941, n° 6, vol. 45.

La maladie de Buerger et l'artérite oblitérante sénile sont les deux cas les plus fréquents d'oblitération vasculaire.

### *Maladie de Buerger :*

Elle se rencontre chez les jeunes. L'histopathologie montre que les vaisseaux de moyen calibre sont le siège d'une inflammation subaiguë qui produit un thrombus. Ce thrombus s'organise et se canalise, mais il laisse une cicatrice. La maladie évolue par poussées et rétrécit la lumière vasculaire à chacune des crises. On s'achemine vers la diminution de la circulation. Le processus s'étend aussi à la veine. Il y a, de plus, un vaso-spasme qui se surajoute à l'occlusion mécanique. Leriche a démontré que la thrombose artérielle s'accompagnait toujours d'un vaso-spasme des collatérales. C'est un facteur important.

### *Artérite oblitérante sénile :*

Elle se rencontre chez les sujets plus âgés. Elle fait partie d'une artério-sclérose généralisée surtout marquée aux artères de moyen calibre. C'est une dégénérescence sans inflammation de l'artère seule. Les symptômes cliniques sont les mêmes que dans la maladie de Buerger, sauf que les sujets sont plus âgés et que les femmes sont atteintes autant que les hommes. Elle fait partie d'une maladie générale.

*Traitement :*

Restreindre la marche et la station debout. Tenir les pieds chauds et secs. Ne pas porter de chaussures trop serrées. Le tabac doit être prohibé car il augmente les spasmes. Tandis que l'alcool facilite la vaso-dilatation ; l'auteur conseille un verre d'alcool le soir pour soulager le malade. L'appareil Pavæx ne donne que des résultats temporaires qui cessent avec l'application de la machine.

La *sympathectomie lombaire* doit être pratiquée au moment de la claudication intermittente et des douleurs au repos, avant l'installation de la gangrène et des ulcérations. *Son succès dépend du degré de spasme artériel.* Avant de faire la sympathectomie, on recherche ce degré de spasme par deux méthodes : test de Landis (mains dans l'eau chaude) et l'anesthésie rachidienne, qui tous deux reproduisent l'effet de la sympathectomie. On mesure la température de la peau. Si elle s'élève de 3°C., c'est signe que les résultats de la sympathectomie seront excellents. Le résultat est incertain si on a peu ou pas d'élévation de température. Mais la douleur peut toujours être soulagée par l'opération, ce qui évite l'amputation, pour quelques années du moins.

L'expérience montre que la sympathectomie peut donner de très bons résultats même si les tests ont été nuls. En conclusion, il vaut toujours mieux faire la sympathectomie.

*Résultats :*

Depuis dix ans, au *Toronto General Hospital*, on a pratiqué 23 sympathectomie pour la maladie de Buerger et 13 pour des artérites oblitérantes séniles. *Buerger* : 63% d'excellents résultats, 30% de bons, et 7 de mauvais. *Artérite* : 40 % d'excellents, 49% de mauvais.

*Conclusions :*

Dans tous les cas de maladie de Buerger et dans quelques cas bien choisis d'artérite oblitérante sénile, la sympathectomie lombaire peut être envisagée.

Pierre JOBIN.

PEDLEY, F. G. (McGill). **Coronary Disease and Occupation.** (Coronarite et profession.) *Can. Med. Ass. J.*, (fév. 1942), n° 2, vol. 46, page 147.

#### Statistiques nationales et internationales.

La comparaison du nombre total de morts par angine et thrombose des coronaires au Canada, montre une réelle augmentation.

ANNÉE	HOMMES	FEMMES
1931	1,937	923
1934	3,276	1,457
1936	4,020	1,940
1938	4,978	2,271

Il y aurait 3 fois plus de ces maladies au Canada et aux États-Unis qu'en Angleterre.

Le Dr F. P. Denny, de Brookline, Mass., trouve que, de 1900 à 1904, 16.7 pour 100,000 sont morts d'angine de poitrine et aucun de thrombose des coronaires. En 1935, il trouve 21.8 morts d'angine et 156.6 de thrombose. Il conclut à une augmentation des cas de thrombose.

Le Dr Meakins, du *Royal Victoria*, relève les protocoles d'autopsies pour y rechercher les cas de thrombose des coronaires et en trouve 1 cas sur 110 de 1896 à 1900, et 1 cas sur 79 de 1926 à 1930.

Le Dr Levy, de New-York, se basant sur les autopsies, a trouvé, de 1910 à 1919, 18% de morts par thrombose coronarienne, et de 1920 à 1931, 30.4%. Donc il y a augmentation.

Les maladies des coronaires au Canada sont de 70.4 pour 100,000 chez les hommes et de 35.4 chez les femmes pour la période de 1934-38.

La *Metropolitan Life Ass. Co.* a démontré que, en l'espace de 5 ans, les coronaires ont tué 5 fois plus en 1935 qu'en 1930.

La même *Metropolitan Life* a trouvé les proportions suivantes : hommes blancs, 48.7, hommes noirs, 24.0 ; femmes blanches, 19.3, femmes noires, 18.3 pour 100,000 habitants.

En Angleterre, pour 100,000 hab., au-dessus de 45 ans, on a trouvé, suivant l'occupation :

Cultivateurs.....	31.6
Mineurs.....	46.2



Maçons, charpentiers . . . . .	69.1
Chauffeurs de locomotives . . . . .	88.2
Commis-voyageurs . . . . .	131.0
Banque, assurance . . . . .	174.0
Ministres protestants . . . . .	188.3
Gérants . . . . .	200.9
Commerçants . . . . .	218.3
Juges, avocats . . . . .	241.5
Médecins, chirurgiens . . . . .	299.6

Il semble raisonnable de croire que la maladie des coronaires augmente depuis quelques années et que cette augmentation est en rapport avec la tension intellectuelle trépidante d'une part et la sédentarité d'autre part.

Conclusion : surveiller l'hygiène physique pour les travailleurs du cerveau et revenir à un mode de vie plus physiologique.

Pierre JOBIN.

GAREAU, U. J. (Régina). **Acrodynie.** *Can. Med. Ass. J.*, n° 1, vol. 46, (jan.) 1942.

L'auteur a observé 75 cas en 10 ans.

*Symptômes :*

Tous ont présenté de l'hypotonie musculaire, 71 de l'insomnie et de l'irritabilité, 67 de la polyadénite, 64 un rash scarlatiniforme, 65 des extrémités rosées et bleutées, 40 de la photophobie.

Le pouls, compté pendant le sommeil, a été de 137 en moyenne, et la tension artérielle maxima moyenne de 122.

62 ont eu une hémoglobininémie moyenne de 70% avec 13,000 globules blancs dont 49% de poly. 4 ont présenté une réaction positive à la tuberculine intra-dermique. Plusieurs ont souffert de furoncles, de pyodermite, de sinusites, de diarrhée infectieuse.

*Traitement :*

On ne considère que 68 cas, car 4 sont morts et 3 n'ont pas été revus après le 1<sup>er</sup> examen. On leur conseille tous l'ablation des amygdales et des végétations car l'auteur croit que la cause de l'acrodynie est une infection focale habituellement située à la gorge.

Des 11 malades qui refusent l'opération, 6 ont eu un traitement général, régime équilibré, U. V., soleil. La durée moyenne a été de 7 à 8 mois. 4 ont guéri en 5 mois. Le dernier a été traité par la vitamine B. Il a reçu de la thiamine *per os*,  $\frac{1}{10}$  mgm. 3 fois par jour pendant 2 mois : aucun résultat. — Sous-cutané,  $\frac{1}{2}$  mgm. 3 fois par semaine pendant 1 mois : aucun résultat. La maladie a duré 10 mois.

*Évolution :*

17 cas légers et 58 cas graves.

Des 57 cas opérés	{	30 guérissent rapidement	} durée	
		18 guérissent moins vite		moyenne :
		9 guérissent lentement		3½ mois.

La durée moyenne d'après les classiques et de 6 mois.

*Étiologie :*

Plusieurs auteurs ont cru qu'il pouvait s'agir d'autre cause que l'infection. C'est ainsi qu'ils ont invoqué :

*L'encéphalite*, mais l'autopsie n'a jamais rien révélé de tel, et de plus il n'y a pas de séquelle clinique.

*L'avitaminose*, à cause de la ressemblance avec le béribéri et la pellagre ; B, B<sub>1</sub>, l'acide nicotinique n'ont rien donné.

*L'hypervitaminose D*, par excès d'héliothérapie : c'est le contraire qui pourrait être vrai.

L'intoxication par l'arsenic, de même que l'allergie n'ont pas pu faire de preuve dans l'acrodynie.

La conclusion de tout ce travail est que l'infection focale des voies aériennes supérieures s'avère la cause apparente de l'acrodynie.

Pierre JOBIN.